

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul JACOB

Né le 28 Mars 1915, à Guerchy (Yonne).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET MATERNITÉ

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul JACOB

Né le 28 Mars 1915, à Guerchy (Yonne).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET MATERNITÉ

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON
Technique opératoire	MOULONGUET
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	LANTUEJOL.
Clinique d'accouchement	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Rager)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHET	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
BRULE	
CHEVALIER ..	
LAROCHE Guy ..	
MOREAU	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER	
DE GAUDART ..	
D'ALLAINES ..	
MOULONGUET ..	

M.

ECALLE Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

LEDoux-LEBARD	Radlologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152005_0043

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE
LE DOCTEUR PAUL JACOB

A MON PERE
LE DOCTEUR PIERRE JACOB
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui nous a fourni les
documents et donné les conseils né-
cessaires pour la mener à bien.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de la Chaire de Clinique
de la Tuberculose de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER

MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOUQUET

MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT

Externat en premier :

MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD

A MONSIEUR LE DOCTEUR BECLERE

INTRODUCTION

EXPOSÉ ET LIMITES DU SUJET

La question des rapports de la tuberculose féminine avec la Maternité n'est certes pas une question nouvelle. Depuis le début du siècle et, particulièrement, depuis 1920, d'innombrables travaux ont été consacrés à cet important problème, tant en France qu'à l'étranger. Parmi ceux-ci, les uns englobent toute l'étendue de la question, les autres étudient plus spécialement certaines formes de la tuberculose, d'autres fixent leur attention sur une étape seulement de la fonction de reproduction, d'autres, enfin, ne se préoccupent que des solutions thérapeutiques. Tandis que beaucoup se contentent d'étudier un certain nombre de cas dont ils tentent de tirer un enseignement, quelques-uns essaient d'utiliser la méthode statistique. Malgré tous ces travaux, et après tant d'opinions contradictoires qui ont été émises, il ne semble pas que l'on puisse dire encore, à l'heure actuelle, que le problème soit définitivement résolu.

Nous n'avons certes pas la prétention de le faire. Le but, plus modeste de ce travail est d'apporter une contribution à la lueur d'un certain nombre d'observations inédites recueillies, pour la plupart, dans un Service de Phtisiologie de Paris et d'exposer les réflexions que celles-ci nous ont suggérées. Il n'est d'ailleurs pas question ici de fournir de données statistiques précises, étant donné, d'une part, le nombre insuffisant de nos cas et, surtout,

la difficulté et l'incertitude de pareilles évaluations en présence de cas dissemblables et impossibles à comparer.

Nous n'avons en vue ici que la tuberculose pulmonaire, laissant de côté les autres atteintes bacillaires viscérales ou osseuses isolées. Au titre tuberculose et grossesse, nous avons préféré celui de tuberculose et maternité, car il importe d'étudier l'évolution de la tuberculose non seulement au cours de la grossesse, mais encore dans les suites de couches et l'influence de l'allaitement.

Nous nous sommes attachés surtout dans nos observations à bien préciser la chronologie des accidents et à n'admettre que des cas où la tuberculose pouvait être considérée comme certaine (présence de bacilles dans l'expectoration, en particulier).

Nous avons été frappés, en effet, à la lecture de certaines observations publiées autrefois, du fait que bien souvent il s'agissait de malades chez lesquelles aucune preuve bien nette d'infection bacillaire n'était donnée. On conçoit combien de telles observations peuvent fausser les conclusions.

Un point important et difficile souvent à fixer a été d'apprécier l'avenir de nos malades, lorsqu'elles ont survécu à la phase initiale ou aiguë qui les avait conduites à l'hôpital. Les recherches faites pour retrouver les malades et savoir ce qu'elles étaient devenues ultérieurement, n'ont été possibles que grâce au concours dévoué du Service Social à l'hôpital et, nommément, à Mesdemoiselles RANDEGER et BOSTYN, assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Antoine. Qu'elles trouvent ici nos remerciements pour leur aide précieuse.

PLAN DE L'OUVRAGE

Nous commencerons par un court historique de la question, surtout à la période récente. Un aperçu histo-

rique est, en effet, indispensable ici pour apprécier la diversité des opinions émises en différentes époques avec les conclusions thérapeutiques qui en découlent, d'autant que nos conceptions actuelles sur tel ou tel sujet sont toujours plus ou moins influencées par tout le poids des opinions antérieurement émises.

Nous nous arrêterons ensuite dans un chapitre à la physio-pathologie des rapports de la tuberculose et de la maternité avec les différentes hypothèses ou constatations qui permettent d'éclairer les faits que la clinique nous a fournis.

La partie clinique proprement dite suivra avec l'exposé de nos observations et les déductions qu'on en peut tirer.

Enfin, nous terminerons par les données thérapeutiques au point de vue médical, obstétrical et prophylactique, en particulier la question si importante et grosse de conséquences de l'avortement thérapeutique.

HISTORIQUE

Sans remonter jusqu'à ROZIÈRES DE LA CHASSAGNE qui, dans un ouvrage paru en 1770, exprimait l'idée que la gestation exerçait une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, on peut dire que c'est GRISOLLE le premier, en 1850, qui étudia la question. Il remarqua que la tuberculose pulmonaire prend souvent chez les femmes enceintes un cours rapide et grave, mais pensait qu'après l'accouchement survenait une amélioration.

Plus tard, PIDOUX en 1873 signale les accidents de la fin de la grossesse et les évolutions graves du post-partum.

Depuis ces premiers auteurs, l'opinion persiste et se renforce que la grossesse est malfaisante chez les tuberculeuses. C'est l'avis de PETER (1882) qui observe une aggravation surtout à partir du 5^e mois. C'est encore celle de TARNIER et BUDIN (1896), bien que ceux-ci reconnaissent qu'il existe quelques exceptions à la règle.

Les Congrès internationaux, au début de ce siècle, se préoccupent de la question. Au Congrès de Gynécologie tenu à Rome en 1902, la question de l'avortement thérapeutique, logique conclusion à la thèse de l'aggravation, est soulevée et discutée. PINARD montre les difficultés d'en poser les indications.

Cependant, aux Congrès suivants, en particulier celui de Munich en 1911, l'interruption de la gestation est si

bien admise comme une règle qu'on ne discute plus que la technique de l'intervention elle-même.

Il est juste de dire qu'en France, à cette époque, on est plus ménager de l'avortement thérapeutique. D'ailleurs, même en Allemagne, l'unanimité n'est pas faite puisque cette même année, le Docteur COHN, de Posen, dans une statistique personnelle, ne trouve qu'un faible pourcentage de cas aggravés par la grossesse et l'accouchement.

Après la guerre, la question est de nouveau à l'ordre du jour et phthisiologues et accoucheurs y consacrent de nombreux travaux. Un élément nouveau a été apporté au problème dans le domaine thérapeutique, c'est l'introduction récente du pneumothorax artificiel.

D'autre part, le perfectionnement des méthodes radiologiques et bactériologiques permet un diagnostic plus précoce de l'atteinte tuberculeuse.

Dans une communication faite à la Société Française d'Obstétrique et de Gynécologie, le 14 mars 1920, RIST se montra convaincu de la gravité de l'association de la tuberculose avec la puerpéralité. Après avoir insisté sur la nécessité d'avoir un diagnostic fondé sur des critères certains, il écrit : « Il va de soi que le mariage doit être interdit à la jeune fille et la gravidité à la femme tuberculeuse ». Mais il se montra pas partisan de l'interruption, en raison de la difficulté d'établir un pronostic et de l'incertitude de savoir si l'intervention sauvera la mère. En revanche, il préconise le pneumothorax artificiel.

BAR, dans une conférence à la Faculté de Médecine de Madrid, le 14 avril 1921, insiste sur l'importance de l'anergie gravidique, la valeur pronostique de la cuti-réaction, l'influence variable de la grossesse suivant la forme clinique de la tuberculose. Il conclut : « Quand les lésions tuberculeuses sont encore telles qu'on puisse espé-

rer la guérison et que celle-ci paraît compromise par la gestation, on est en droit d'interrompre la grossesse ».

SERGEANT, en 1922, confirme ces données; au point de vue clinique et pronostique, il distingue des tuberculoses inactives et des formes évolutives.

Cependant, à côté de ces voix pessimistes, apparaît, le 27 juin 1922, le rapport présenté à l'Académie de Médecine par DUMAREST et BRETTE, apportant 9 cas de femmes jeunes traitées en sanatorium, chez lesquelles la tuberculose n'a pas évolué, ni pendant, ni après la grossesse.

La discussion se poursuit à la fin de 1922 à l'Académie de Médecine. Elle porte, non pas tant sur le fait de l'aggravation, admise par presque tous, que sur la question de l'intervention à laquelle sont hostiles la plupart des auteurs.

DUMAREST revient sur cette question en 1924 et écrit notamment : « On permettra la grossesse dans les cas de lésions inactives depuis plus de deux ans, absence de bacilles, état général excellent ».

C'est en 1924, au Congrès de Lausanne, que FORSSNER, de Stockholm, expose son rapport qui devait avoir un grand retentissement, bien que les conclusions plutôt optimistes de cet auteur aient laissé sceptiques la plupart des auditeurs. Appuyé sur une documentation statistique importante, il s'élève contre l'opinion admise de l'influence néfaste et conclut qu'on ne peut affirmer une aggravation dans l'état actuel de nos connaissances.

Plus tard, les travaux publiés se préoccupent surtout des questions thérapeutiques : pneumothorax (RIST), sels d'or (LÉON BERNARD).

Quelques travaux de moindre importance sont publiés en France, en particulier en 1927, dans la Revue de Pathologie comparée, mais il faut arriver à 1934 pour trouver, avec la thèse de Mme KOURILSKY, une importante

mise au point de la question. L'auteur, inspirée par BRIN-DEAU et grâce à la documentation recueillie à la clinique Tarnier, est justement frappée des divergences entre les opinions, en recherche les raisons, insiste sur la nécessité d'envisager différentes variétés de tuberculose (état anatomique, formes évolutives) et montre l'insuffisance de la méthode statistique.

Mme KOURILSKY fait remarquer, en outre, les différences qui proviennent des conditions sociales diverses, des malades de sanatorium ou d'hôpital. Ses conclusions sont les suivantes :

L'éclosion de la tuberculose pulmonaire est favorisée par les grossesses itératives suivies d'allaitement.

La grossesse exerce une influence aggraveante sur les processus évolutifs. « Cette influence est nulle dans les formes cicatricielles, modérée dans les formes infiltrantes ou cavitaires torpides, bien traitées médicalement, surtout par collapsothérapie ou suffisamment anciennes. Elle est importante dans les formes subaiguës, infiltrantes ou excavées récentes; sévère dans les formes fibro-ulcéreuses chroniques mal stabilisées; très graves dans les formes aiguës récentes et dans les grosses lésions cavitaires ou infiltrantes diffuses ».

L'effet aggravant est, pour elle, un processus général lié sans doute à des modifications hormonales. Elle reconnaît cependant qu'il existe une sédation pendant les derniers mois.

Nous avons jusqu'ici passé en revue les travaux français. A l'étranger, l'accord est loin d'être fait. Plusieurs études statistiques en Allemagne (SCHULTZE, RHONHOF, MAYER et MENGE) et en Amérique (Alice HILL, BRIDGMAN et NOREWOOD) semblent montrer que la grossesse n'exerce pas d'influence nette sur l'évolution de la tuberculose.

Depuis 1934, il n'y a pas eu en France, du moins à

notre connaissance, de travail aussi important que la thèse de Mme KOURILSKY.

Cependant, un certain nombre de thèses et d'articles se sont intéressés à la question.

En 1936, paraît la thèse de LEONARDI, puis un article de DUMAREST et LEONARDI, où ils écrivent notamment : « Les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire, quelle qu'en soit la variété, aussi bien les formes extensives que les formes ulcéro-fibreuses, sont en règle générale indifférentes à l'action de la maternité ».

Il semble bien que, depuis quelques années en France, on tende à revenir de l'impression pessimiste que la plupart des phthisiologues et accoucheurs avaient gardée sur les rapports de la tuberculose avec la grossesse et la parturition. Un peu partout dans la littérature médicale apparaissent des observations, de plus en plus fréquentes, où des tuberculeuses ont remarquablement supporté une ou plusieurs grossesses.

Cette évolution qui commence à se faire jour et qui est, d'ailleurs, loin d'être universelle, peut être due en partie à la constatation des bons résultats du pneumothorax dont LÉON BERNARD dit qu'il « restaure l'aptitude à la maternité » chez les tuberculeuses. Son avis est partagé par RIST, qui écrit (1935) :

« Le pronostic, en général si sévère de la maternité chez les tuberculeuses ayant des lésions actives, a été complètement modifié par la collapsothérapie. Cette méthode ne permet pas seulement, par les guérisons solides et durables qu'elle procure, de rendre aptes à la maternité des femmes qui naguère n'eussent pu affronter une gestation qu'au péril certain de leurs jours. Elle permet, dans une proportion de plus en plus importante de cas, de sauver la vie de la mère et de l'enfant. C'est une méthode essentiellement conservatrice. Son efficacité, de

plus en plus évidente, diminuera encore les indications déjà bien limitées de l'avortement thérapeutique. »

Dans une communication à la Société de la Tuberculose (1940), A. SAKKA cite deux cas de femmes tuberculeuses traitées par pneumothorax et supportant sans dommage plusieurs grossesses consécutives et rapprochées.

Enfin, tout récemment, à la séance du 28 mars 1943 de la Société des Sciences Médicales de Clermont-Ferrand, LUTON, LEFÈVRE et RENARD apportent le résultat de leurs observations. Le pourcentage d'aggravation ne leur paraît pas plus important parmi les malades en cours de grossesse que parmi les autres femmes. Le pneumothorax thérapeutique crée, soit avant, soit pendant la grossesse, facilite l'heureuse évolution de celle-ci jusqu'au terme. L'interruption provoquée n'a pas empêché l'aggravation rapide de la maladie 5 fois sur 7.

Chez certaines femmes tuberculeuses, aucune évolution ou aggravation n'a eu lieu malgré plusieurs grossesses consécutives. D'autre part, sur le plan expérimental, BURKE opérant sur des lapins observe que la gestation n'a pas d'effet apparent sur la tuberculose expérimentale de cet animal.

Telles sont, en résumé, les diverses étapes de l'histoire de cette importante question des rapports de la maternité et de la tuberculose. On voit la diversité des opinions qui ont été soutenues et des conclusions thérapeutiques qui en découlaient dominées par celle de l'avortement provoqué.

Actuellement, après une longue période où la note dominante et en quelque sorte officielle, tant en France qu'à l'étranger, fut un pessimisme assez sombre, il nous semble que, bien que l'accord ne soit pas fait — moins que jamais serions-nous tenté de dire — le pronostic paraît moins grave. Cette amélioration du pronostic est d'ailleurs parallèle à celle du pronostic de la tuberculose, en

général. Quant à l'avortement thérapeutique, il perd de plus en plus de terrain, non pas tant en France, où il n'a jamais été très pratiqué, qu'à l'étranger où sa vogue semble aussi avoir beaucoup baissé.

ETUDE ETIOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

A. — FRÉQUENCE DE LA CO-EXISTENCE, LA FÉCONDITÉ DES TUBERCULEUSES.

Une première question vient tout d'abord à l'esprit : la coexistence de l'état gravidique et de la tuberculose est-elle une chose fréquente ?

A première vue, elle ne semble pas rare. Il n'est pour s'en convaincre que de constater le nombre d'observations citées par les fréquents travaux consacrés à ce problème et la facilité relative avec laquelle on recueille des cas de tuberculeuses gravides dans les services de phtisiologie ou dans les maternités. BRINDEAU pense que, dans les grandes villes, on trouve une tuberculeuse sur 100 gestantes.

Il est beaucoup plus difficile d'évaluer la fréquence respective des tuberculoses qui ont débuté avant la grossesse, pendant ou après. Parmi nos observations, la première catégorie est celle qui est représentée par le plus grand nombre de cas. Mais il s'agit de faits qui ne sont guère comparables.

Cependant, ceci nous amène à nous demander si la fécondité est ou non diminuée chez les femmes tuberculeuses. Là encore, il est bien difficile de partager ce qui relève, d'une part, de conditions extrinsèques et, d'autre part, de l'aptitude physique à la procréation.

Il est possible, en effet, que les tuberculeuses parais-

sent peu fécondes parce qu'elles sont plus rarement dans des conditions propres à la procréation, sans que leur maladie exerce pour cela une influence directe.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les jeunes filles tuberculeuses se marient souvent tardivement ou pas du tout, que les femmes tuberculeuses sont longtemps séparées de leur mari, enfin que beaucoup, n'ignorant pas la mauvaise réputation de la grossesse dans leur cas, s'efforcent de l'éviter.

La pathologie comparée peut-elle nous fournir des données exemptes de ces causes d'erreur ? Les résultats ne semblent pas concluants. LANDOUZY et LOEDERICH avaient remarqué la rareté de la fécondation chez les femelles de cobaye tuberculisées. Chez les bovidés, en dehors des tuberculoses génitales, il ne semble pas que la diminution de la fécondité soit nette, au moins dans les cas peu avancés.

Dans l'ensemble, on peut admettre que l'aptitude à la procréation chez la femme tuberculeuse, avec les réserves que nous avons indiquées, n'est vraiment diminuée que dans les formes avancées, ou celles associées à une tuberculose génitale.

B. — VALEUR DU PRODUIT DE LA CONCEPTION. LES ENFANTS DES TUBERCULEUSES.

Voici maintenant une autre question qui se pose et celle-ci est d'une importance capitale pour la conduite à tenir.

Que vaut l'enfant issu d'une mère tuberculeuse ?

Est-ce un produit sans valeur, un être misérable destiné à végéter quelques jours ou quelques mois, un être qui porte en lui les germes de la maladie maternelle, ou est-ce, au contraire, un enfant destiné à vivre et à grandir normalement ?

On voit toute l'importance sociale de cette question.

Il semble qu'ici l'accord soit fait à peu près unanime et que l'on puisse dire sans hésiter que l'enfant de mère tuberculeuse a une valeur incontestable.

Il n'en a pas toujours été ainsi, surtout du temps où l'on admettait l'hérédité de graine. Depuis longtemps, on avait remarqué la grande rareté de la tuberculose fœtale. On n'en trouve que 20 observations dans la thèse de KUSS en 1898. Pour LANDOUZY, le bacille ne passait qu'exceptionnellement de la mère au fœtus, mais celui-ci était prédisposé à devenir tuberculeux (hérédité de terrain). Cependant, des recherches modernes ont montré que le bacille passerait assez souvent, en nature ou autrement, à travers le placenta.

Quoi qu'il en soit, c'est LELONG dans sa thèse (Paris, 1925) qui a apporté les résultats les plus importants à ce débat.

Il ressort de ses recherches que si la mortalité précoce de ces enfants est assez élevée (12 à 38 %), elle n'est pas due à une contamination bacillaire trans-placentaire, ni à une hérédité de terrain, mais qu'elle résulte des conditions d'élevage dues à la séparation de la mère, au contact avec d'autres nourrissons, en somme à des causes indépendantes de la tuberculose maternelle. « Tout nourrisson séparé de sa mère est, en effet, un être éminemment fragile », mais cette cause de mortalité peut, dans une certaine mesure, être évitée par des soins attentifs.

Parmi ces enfants de tuberculeuses, d'après LELONG, se trouvent des prématurés mais, s'ils sont viables, ils se développent normalement.

Le poids de naissance des enfants de tuberculeuses est voisin de la normale, sauf s'il s'agit de tuberculeuses très avancées, mais « la tuberculose agit comme cause banales de débilitation, non comme cause spécifique ».

Les malformations et les dystrophies ne se rencon-

trent pas plus fréquemment que chez les autres enfants; ces enfants ne deviennent pas tuberculeux s'ils sont préservés de la contagion post-natale et leur cuti-réaction reste négative. Ces enfants se développent bien, en général, et s'ils manifestent parfois une certaine tendance à l'hypotrophie, c'est parce qu'ils sont privés de l'allaitement maternel.

Les résultats obtenus par l'œuvre Grancher, et surtout par l'Œuvre du placement familial des tout-petits (mortalité après le troisième mois : 5,7 % chez les enfants séparés avant toute contamination, 7,6 % chez les enfants séparés après contamination mais sélectionnés, contre 82 % chez les enfants issus de parents tuberculeux et non séparés) montrent l'importance de la contamination post-natale et la valeur de l'enfant protégé de la contamination (RIST, *La Tuberculose*, 1927).

Pour terminer ce chapitre, nous citerons cette opinion de DUMAREST :

« Il y a d'innombrables enfants nés de tuberculeuses et qui se portent bien. Ce fait, qui est d'observation journalière, a une très haute portée parce qu'il fait toucher du doigt les conséquences sociales de la restriction procréatrice imposée sans distinction à tous les tuberculeux, soit que la grossesse soit interdite à la femme tuberculeuse, soit qu'elle soit arrêtée dans l'intérêt supposé de la mère.

« On ne peut pas, en effet, dans le temps où nous sommes, envisager sans émotion la suppression volontaire d'un si grand nombre d'enfants, éventuels ou non. »

C. — INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LES FONCTIONS DE MATERNITÉ.

La tuberculose pulmonaire ne paraît pas avoir sur la marche de la grossesse une répercussion appréciable dans

la plupart des cas. Très souvent, même dans les formes graves, la grossesse se poursuit jusqu'au terme et l'accouchement se passe normalement.

Les accouchements prématurés sont assez fréquents, vers le 7^e-8^e mois. L'avortement est relativement rare.

D'autre part, on a souvent remarqué que même dans des formes très avancées, la mort de la femme enceinte tuberculeuse ne se produit presque jamais avant l'expulsion du fœtus.

De même, l'accouchement et le post-partum ne sont pas sensiblement troublés par l'existence de la tuberculose pulmonaire.

D. — INFLUENCE DE LA MATERNITÉ SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

L'influence qu'exercent les différentes phases des fonctions de maternité sur le cours de la tuberculose pulmonaire a été, nous l'avons vu, diversement jugée suivant les époques et suivant les auteurs.

Qu'ils fussent favorables ou non, les auteurs ont recherché quels étaient, au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, les facteurs susceptibles d'expliquer, soit une aggravation, soit une sédation de la tuberculose pulmonaire.

Ce sont ces facteurs que nous allons maintenant passer en revue. Hâtons-nous de dire, d'ailleurs, qu'il ne s'agit là que d'hypothèses, souvent ingénieuses, mais encore discutées.

1. *Facteurs susceptibles d'exercer une influence favorable sur la tuberculose pulmonaire.*

On a, depuis longtemps, insisté sur l'importance de la période menstruelle chez les tuberculeuses et sur son effet nocif.

Sans aller jusqu'à dire avec SABOURIN que « beaucoup de tuberculeuses sont tuées par leurs règles », il n'en est pas moins vrai qu'on observe fréquemment des hémoptysies cataméniales, souvent bénignes il est vrai, et aussi des poussées évolutives. Aussi n'est-il pas impossible que la suppression de la menstruation due à la grossesse soit un facteur favorable, la malade étant soustraite pendant toute la durée de la gestation à cette influence perturbatrice.

C'est pour retarder autant que possible la réapparition de ce phénomène nocif que SABOURIN préconisait l'allaitement chez les tuberculeuses. « Contrairement à ce qui se fait journellement, laissons la parturiente aller jusqu'au bout de l'acte de la maternité en allaitant son enfant, ce qui doit retarder le retour de la menstruation. »

Cet effet favorable de la menstruation s'exercerait donc dès les premiers mois de la grossesse. Il est un autre facteur, mécanique celui-là, qui peut avoir une action favorable mais plus tardive. C'est l'action exercée par le développement de l'utérus gravide sur la statique abdomino-thoracique.

SIGNORELLI, de Rome, est l'un des premiers à avoir signalé le refoulement du diaphragme par l'utérus gravide, action qui commence à s'exercer à partir du 5^e mois et qui provoquerait une stase pulmonaire favorable à la cicatrisation des lésions.

DUMAREST a repris les idées de l'auteur italien, mais il fait intervenir plutôt que la stase pulmonaire une action de compression comparable à une phrénicectomie double.

A ces deux causes, l'une physiologique, l'autre mécanique, il convient d'en ajouter une troisième, générale.

La grossesse, dans bien des cas, tout au moins dans sa deuxième moitié, exerce chez la femme normale une action favorable sur la nutrition générale telle que les

femmes ne se sont souvent jamais portées aussi bien que pendant cette période. Pourquoi cette eutrophie ne se retrouverait-elle pas chez les tuberculeuses et ne contribuerait-elle pas à atténuer les effets de l'infection bacillaire. Bien des auteurs ont remarqué que, dans les derniers mois de la gestation, on assistait fréquemment, même chez des malades sérieusement atteintes, à une accalmie des symptômes, une amélioration notable de l'état général.

Tels sont les faits qui ont été invoqués pour expliquer la possibilité d'une action favorable de l'état gravidique sur la tuberculose pulmonaire.

Examinons maintenant les nombreux facteurs qui peuvent jouer en sens inverse et auxquels on a successivement attribué les mauvais effets de la gestation.

2. Facteurs susceptibles d'expliquer un effet défavorable.

Une des premières causes étudiées est la décalcification gravidique. « On a noté depuis longtemps la fâcheuse influence exercée sur la marche de la tuberculose par les états de la nutrition qui entraînent une déminéralisation et, notamment, une décalcification. La décalcification gravidique ne serait-elle pas la cause majeure de l'aggravation qu'on observe dans la tuberculose compliquant la grossesse » (P. BAR).

Mais LÉON BERNARD objecte à cette opinion que la décalcification n'est pas la cause, mais la conséquence de la tuberculose et que, par suite, on ne peut incriminer la décalcification gravidique.

L'hyperglycémie de la fin de la grossesse, l'hypocholestérolémie ont été, tour à tour, mises en cause. Pour d'autres, la cause responsable serait la suractivité nutritive de la grossesse qui épuise les réserves musculaires.

Une suractivité thyroïdienne contemporaine de la gestation a également été recherchée.

Pour expliquer les évolutions survenant après l'accouchement, on a invoqué la modification dans le métabolisme des albuminoïdes qui suit l'accouchement (BEGTROP), la désagrégation des foyers tuberculeux pulmonaires (HANOT), le brassage des tubercules placentaires (SCHMORT, SITZENBERG), mais la tuberculose placentaire est contestable.

Trois facteurs nous paraissent plus intéressants à envisager : l'un mécanique, l'autre hormonal; le troisième lié à l'anergie.

Le *facteur mécanique* n'est, en somme, que la contrepartie de ce que nous avons dit plus haut sur l'effet favorable possible du refoulement du diaphragme par l'utérus gravide. Un équilibre vient ainsi à s'établir. Mais cet équilibre se trouve brusquement rompu après l'accouchement. Cette brusque perturbation de la statique thoracique pourrait logiquement expliquer les évolutions survenant dans les premiers jours du post-partum.

Cette conception a inspiré à SERGENT le pneumothorax artificiel bi-latéral et à DUMAREST le port d'une sangle abdominale.

Le *facteur hormonal* est, pour certains auteurs, la cause majeure de l'aggravation de la tuberculose par la grossesse. C'est ainsi que Marc DURET (Thèse Paris, 1941) écrit que les modifications hormonales, précoces, spécialement l'hyperfolliculinémie rapidement croissante, peuvent expliquer les aggravations et les éclosions de la maladie dans les deux ou trois premiers mois. C'est d'ailleurs à cette hyperfolliculinémie que l'auteur rapporte les phénomènes sympathiques du début.

Plus tard, continue M. DURET, l'organisme s'est habitué à ces doses massives de folliculine; mais l'équilibre réalisé ainsi va de nouveau se trouver rompu pour l'accouchement et c'est ce qui, pour lui, explique les évolutions du post-partum.

Il paraît très plausible, en tous cas, que quel que soit leur mécanisme intime, les phénomènes sympathiques du début de la grossesse peuvent, quand ils sont accentués, entraîner par les vomissements, la dénutrition, un état favorable au développement ou à l'aggravation de lésions tuberculeuses et que certaines évolutions graves soient le fait de grossesses mal tolérées.

Le troisième facteur à étudier est ce qu'on a appelé *l'anergie gravidique*.

BAR et DEVRAIGNE, en 1905, puis STERN, ont recherché la sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. Plus récemment, NOBECOURT et PARAF ont repris cette question en pratiquant des cuti-réactions à 100 femmes enceintes du 6^e au 9^e mois et en les répétant de semaine en semaine. Ils ont constaté que, dans 15 % des cas, l'état grévise et l'état puerpéral déterminent une suppression ou une diminution notable de la cuti-réactivité à la tuberculine et ils concluent : « Dans certains cas donc, la grossesse et surtout l'accouchement déterminent un état d'anergie tuberculinique... »

« Chez les tuberculeux, la diminution de la sensibilité à la tuberculine coïncide le plus souvent avec une diminution parallèle de l'immunité. »

Cependant, LÉON BERNARD protestait contre certaines de ces vues, dès 1924, au Congrès de Lausanne : « C'est abusivement que l'on a invoqué l'action spécifique anergisante de la gestation à l'appui de la théorie qui attribue à cet état une influence pernicieuse à peu près constante sur la tuberculose. »

« Si le fait de cette diminution des réactions cutanées à la tuberculine n'est pas niable, on a constaté depuis lors que la grossesse et l'accouchement ainsi que, d'ailleurs, la menstruation, la castration, la ménopause, déterminaient assez fréquemment, même en l'absence de toute tuberculose apparente, une telle anergie tuberculinique

passagère. Au fait, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait bien prématuré d'affirmer que la disparition plus ou moins transitoire de l'allergie cutanée témoigne vraiment du fléchissement de la résistance à la tuberculose » (M. DURET).

Tels sont les facteurs d'aggravation le plus souvent cités par les phthisiologues et les accoucheurs ayant étudié le retentissement de la grossesse sur la tuberculose.

A la période des suites de couches, deux causes plus accessoires peuvent, à notre avis, être en jeu dans les flambées évolutives, en particulier les formes granuliques.

C'est, d'une part, l'existence d'une *tuberculose génitale préalable*, qui, traumatisée par la grossesse et l'accouchement, détermine une généralisation rapide. Ces faits ont été signalés récemment en France, en particulier par FRUHNHOLZ. Nous en avons pu recueillir nous-même quelques observations.

D'autre part, l'*anesthésie générale* par inhalation, que l'on administre fréquemment aux parturientes lors de l'application du forceps, ne peut-elle pas, chez les tuberculeuses pulmonaires (auxquelles le forceps est souvent appliqué systématiquement pour leur éviter les fatigues de la période d'expulsion) déterminer des poussées évolutives ? Cette question mériterait, à notre avis, d'être étudiée en raison des conséquences pratiques que sa solution pourrait entraîner.

Pour terminer cette revue des facteurs de gravité de la maternité chez les tuberculeuses, nous insisterons plus particulièrement sur l'importance, à toutes les périodes, des *facteurs psychiques et sociaux*, importance qu'a bien observé PESCHARD dans une thèse récente. Ces facteurs sont, en somme, communs à toutes les tuberculoses, gravidiques ou non, et bien connus depuis LAENNEC, en ce qui concerne les facteurs psychiques. Mais c'est sans doute dans la tuberculose puerpérale qu'ils ont au maxi-

mum l'occasion de s'exercer. Il est bien certain que le pronostic d'une même tuberculose sera tout différent suivant qu'il s'agira d'une femme ayant les moyens de se reposer, au milieu du calme et entourée d'affection ou, au contraire, d'une malheureuse abandonnée, en proie à des soucis de toutes sortes et obligée de travailler.

Ces facteurs sont donc susceptibles d'expliquer des différences considérables de pronostic d'un cas à l'autre.

Mais nous allons voir maintenant, dans notre étude clinique, que les deux grandes différences entre les cas sont constituées par :

- 1° La place de la grossesse dans la tuberculose;
 - 2° Les formes cliniques de celle-ci.
-

ETUDE CLINIQUE ET OBSERVATIONS

Nous allons exposer maintenant une soixantaine d'observations inédites. La plupart ont été recueillies dans le Service de Phtisiologie de l'Hôpital Saint-Antoine. Elles ne représentent pas une sélection, mais le tout venant des cas de tuberculose associée à la grossesse. Nous n'avons rejeté que les cas où les documents étaient trop incomplets pour que l'histoire clinique put être reconstituée d'une manière instructive.

Dans nos observations, nous nous sommes efforcé, autant que possible, de bien préciser la chronologie des accidents et la date où se place le début de la tuberculose par rapport à la grossesse.

D'autre part, nous n'avons accepté que des cas où le diagnostic de tuberculose était solidement étayé par l'aspect clinique et radiologique et surtout par la bactériologie. On a, en effet, souvent reproché à certains travaux antérieurs de s'être fondés sur des cas où ce diagnostic pouvait être mis en doute.

Nous avons enfin essayé de poursuivre l'observation de chaque cas le plus loin possible dans le temps, afin de pouvoir juger des faits avec un recul suffisant.

Nous devons avouer, cependant, que plusieurs fois nous n'avons pu savoir, comme nous l'aurions voulu, quel avait été l'avenir de nos sujets.

LES DIFFÉRENTES ÉVENTUALITÉS CLINIQUES.

Pour pouvoir étudier aisément, du point de vue clinique, cette question de la tuberculose pulmonaire et de la maternité, la première chose qui importe, en présence de la grande dissemblance des cas, c'est de procéder à un classement.

La façon la plus commode de classer les faits, d'ailleurs adoptée par certains de nos prédécesseurs, nous a paru être de ranger les cas d'après le moment où est survenue la grossesse dans l'évolution de la tuberculose.

Nous sommes ainsi amenés à distinguer cinq catégories de faits :

1° La grossesse survient chez une tuberculeuse pulmonaire de date ancienne ou récente.

2° L'apparition de la tuberculose pulmonaire coïncide avec le début d'une grossesse (chez une femme jusque là indemne de tout antécédent bacillaire).

3° La tuberculose apparaît au cours d'une grossesse confirmée.

4° La tuberculose apparaît après l'accouchement.

Dans une cinquième catégorie, nous avons cru devoir ranger une série de cas complexes, chez des femmes ayant présenté des grossesses multiples dont l'histoire est intriquée avec celle de la tuberculose. La maladie, dans ces cas, est souvent apparue après une grossesse, elle a été modifiée par la grossesse suivante, si bien que ces cas appartiennent à plusieurs catégories.

Il faut reconnaître, en effet, qu'entre nos quatre premiers groupes, la distinction n'est pas toujours si aisée qu'elle peut paraître tout d'abord. Et que certains cas sont à la limite des deux groupes. La tuberculose a pu, en effet, ne se démasquer cliniquement qu'à une période

donnée, alors que jusque là, elle était réelle, mais non encore reconnue et qu'un examen systématique eût pu, peut-être, la faire découvrir plus tôt et faire rentrer ainsi ce cas dans le groupe précédent.

A. — TUBERCULEUSES ANCIENNES OU RÉCENTES DEVENANT ENCEINTES.

(La tuberculose est antérieure à la grossesse.)

Dans les cas où la tuberculose est antérieure à la grossesse, il faut distinguer :

- des tuberculoses anciennes pratiquement guéries ou, tout au moins, stabilisées;
- des tuberculoses anciennes, mais encore évolutives,
- des tuberculoses récentes.

1° *Tuberculoses anciennes guéries ou stabilisées.*

OBSERVATION I

Mme J... Jeanne, 26 ans, femme de chambre.

A été traitée en 1933 pour une lésion excavée sous-claviculaire gauche. En novembre, un pneumothorax a été créé. Une symphyse précoce s'est installée pour laquelle on a pratiqué un oléothorax en 1934. Après un séjour de 6 mois en sanatorium, la malade est revue en octobre 1935, allant très bien, n'ayant pas présenté de bacilles de Koch depuis plusieurs mois. A la radio, elle ne montre qu'une image de cavité pleurale résiduelle remplie d'huile. Un an plus tard, Mme J... revient consulter, enceinte de 3 mois, et se portant toujours fort bien; elle a engraisé de 19 kilos ! Sa grossesse se poursuit tout à fait normalement et elle accouche le 19 février 1937 d'un enfant bien portant pesant 2.500 gr. Aucun incident ne marque l'ac-

couchement ni les suites de couches. Elle conserve la même image radiologique. En avril 1939, Mme J... accouche d'un deuxième enfant et met au monde son troisième le 21 septembre 1940.

Elle a été revue en 1942 parce qu'elle toussait un peu et qu'elle avait maigri, mais l'examen n'a montré aucune modification radiologique. En résumé, il s'agit d'une tuberculose certaine, mais rapidement guérie, et qui a supporté sans dommage trois grossesses rapprochées.

OBSERVATION II

Mlle K... Georgette, 34 ans, lingère.

Est une tuberculeuse fort ancienne, puisqu'elle a eu, il y a 10 ans, un pneumothorax gauche et qu'elle a séjourné 2 ans en sanatorium.

Elle vient consulter le 24 décembre 1940 parce que, étant enceinte de trois mois, elle tousse et maigrit.

Le cliché radiographique montre, outre une base gauche obscure, reliquat sans doute du pneumothorax gauche arrêté depuis déjà plusieurs années, quelques petites taches à l'extrême sommet droit. C'est d'ailleurs là que l'auscultation décèle quelques râles sous-crépitaux.

Plusieurs films ultérieurs ne montrent pas d'évolution droite; les petites taches apicales restent très discrètes. D'ailleurs, la maladie reste apyrétique et accouche sans incidents.

Nous avons pu avoir de ses nouvelles en octobre 1941, plusieurs mois après son accouchement. Elle était en sanatorium et son état était satisfaisant, en dehors de troubles psychiques qui ont nécessité plus tard son internement.

OBSERVATION III

B... Marie, 18 ans.

Vient consulter en 1938 à l'occasion d'une grossesse.

Elle a une tuberculose ancienne puisque, dès 1934, un pneumothorax fut créé chez elle pour une lésion gauche avec bacilles dans

l'expectoration. Ce pneumothorax, qui se compliqua d'une réaction pleurale, fut abandonné l'année suivante. Le début de sa grossesse remonte à septembre 1937.

En mars 1938, donc vers le 7^e mois, on constate une rétraction du champ pulmonaire gauche, avec une volumineuse caverne et des taches miliaires à droite. Cependant, la malade accouche normalement le 4 mai et conserve après un état satisfaisant. En juin, elle part en sanatorium à Brevannes.

OBSERVATION IV

V. Laura, sans profession.

A eu, en 1926, à l'âge de 24 ans, une petite hémoptysie à la suite de laquelle fut découverte une petite caverne du sommet droit. Puis, l'année suivante, un pneumothorax spontané localisé au sommet gauche et bientôt compliqué d'un épanchement. Le pronostic porté à cette époque était naturellement très sombre. Cependant, elle part en sanatorium dans les Pyrénées et reste en cure libre jusqu'en 1933.

Elle est si améliorée qu'en 1934, elle revient à Paris et se marie. Elle ne tarde pas à devenir enceinte et accouche sans incidents. Elle a une deuxième grossesse en 1938, également menée à bien.

Ce n'est qu'en mai 1943 qu'elle a une rechute. On trouve alors deux cavités du sommet gauche et, en octobre, elle présente des lésions de tuberculose laryngée. C'est alors qu'elle retourne dans les Pyrénées, mais à son retour à Paris, en avril 1944, loin d'être améliorée, elle présente une caverne du sommet droit sur laquelle on tente un pneumothorax, sans succès. Bientôt, elle se plaint aussi de troubles intestinaux et la radio du cœcum montre des images suspectes. Elle quitte l'hôpital le 6 juin.

En somme, tuberculose ancienne et grave ayant supporté deux grossesses sans grand dommage, semble-t-il, puisque l'aggravation à laquelle nous assistons actuellement a débuté 5 ans après la dernière.

OBSERVATION V

M... Alice, 25 ans.

A eu un pneumothorax droit, créé à Laënnec en 1930, à l'âge de 20 ans et entretenu régulièrement depuis. En 1935, on remarque à la radio des brides sous-tendant une cavité, mais le résultat paraissant excellent, on n'envisage pas de les sectionner.

En 1936, la malade mène à bien une grossesse (elle est déjà mère d'un garçon de 10 ans). Il n'y a pas d'évolution ultérieure.

Le pneumothorax est abandonné en 1939 et la malade revue en octobre 1941, va bien. Elle présente à la radio une importante rétraction à droite du cœur et du médiastin.

OBSERVATION VI

D... Anne-Marie, 22 ans, comptable.

Appartient à une famille très touchée par la tuberculose. Elle-même est malade depuis mars 1937; en mai, elle a eu une abondante hémoptysie et, peu de temps après, on crée chez elle un pneumothorax pour une lésion sous-claviculaire gauche. Au mois d'août, elle part au sanatorium d'Angicourt où elle reste jusqu'en mars 1939, puis revient à Paris en bon état. Elle est revue en octobre 1939 à l'occasion d'un état de fatigue et on l'envoie de nouveau en sanatorium. Elle a une petite réaction liquidienne de son pneumothorax à ce moment, mais sans gravité. Depuis plusieurs années, tous les examens de crachats ont été négatifs.

A son retour, en mars 1940, elle est revue à l'hôpital Saint-Antoine. On fait une pleuroscopie pour sectionner une adhérence, mais la section est jugée impossible. Après 30 mois d'entretien, le pneumothorax est retrouvé symphysé en septembre 1940.

Le 17 décembre 1940, Mme D... revient consulter, enceinte de 4 mois et demi. Son état général reste bon pendant toute la grossesse. L'accouchement a lieu en juin 1941 avec application de forceps, assez pénible. Mais il n'y a aucune évolution ultérieure. A

la radiographie, la malade conserve une grosse opacité basilaire gauche avec déviation du médiastin de ce côté, sommet clair.

A la fin de 1943, nouvelle grossesse. Image thoracique sans changement. Nouvel accouchement sans incident en juin 1944.

OBSERVATION VII

Mme P... Andrée, sténo-dactylo.

Chez cette malade, la tuberculose s'est révélée à l'âge de 22 ans, en mai 1936, par une petite hémoptysie. Sur le cliché, on remarque un gros foyer de condensation occupant l'angle sterno-claviculaire droit et quelques taches assez fines sous-claviculaires, tandis que le côté gauche est normal. L'expectoration est bacillifère.

Après un séjour de 2 ans en sanatorium, pendant lequel plusieurs tentatives de pneumothorax ont été effectuées en vain, Mme P... revient à Paris en février 1938 et se marie à la fin de la même année. Elle va bien à ce moment.

Elle met au monde un enfant en mai 1940. Après l'accouchement, elle maigrit et se sent fatiguée, mais plusieurs examens aux rayons X ne montrent qu'une tache limitée sous-claviculaire droite.

En mai 1941, elle est de nouveau enceinte et supporte bien sa grossesse; elle accouche en février 1942 et, quelques jours après, la température s'élève et reste anormale pendant plusieurs semaines, tandis que la radio montre la réapparition d'un foyer de condensation assez étendu au sommet droit, avec présence de bacilles de Koch dans les crachats.

OBSERVATION VIII

Mme W...

En 1924, âgée de 26 ans, fait une hémoptysie qui se prolonge pendant une dizaine de jours, avec mauvais état général. La moitié supérieure du champ pulmonaire droit est couverte d'un sêmis serré de taches fines, assez opaques, pas très régulièrement circulaires. Quelques taches discrètes sus et sous-claviculaires à gauche. Pas

de bacilles de Koch. La malade est mise au repos et à la cure d'air. Les signes généraux et la toux diminuent. Elle engraisse et, en janvier 1926, l'image radiologique est presque normale.

Revue en 1928, Mme W... présente à la radio une image presque normale, à part un léger assombrissement apical droit.

En mai 1929, elle devient enceinte : aucun signe évolutif pendant toute la grossesse. L'image radiologique n'est pas modifiée. Aucune évolution après l'accouchement qui a lieu en janvier 1930. Deux mois plus tard, Mme W... est de nouveau enceinte et présente amaigrissement et fatigue anormale. Devant ces signes et étant donné les antécédents, l'interruption est décidée et pratiquée.

Mme W... a été revue en 1943, 13 ans après. Depuis, elle a eu deux autres enfants bien portants. Elle se plaint de tousser le matin et a une température un peu anormale, mais l'examen ne montre qu'une petite tache apicale droite au niveau de laquelle l'auscultation faisait percevoir une bouffée de craquements fins après la toux.

En somme, tuberculose ancienne et guérie, qui a pu supporter sans dommages 3 grossesses et qui eût, sans doute, pu également tolérer celle qui, par prudence, a été interrompue.

OBSERVATION IX

Mme Pl... Marcelle.

Est tombée malade en 1938, à l'âge de 38 ans. L'accident initial a été une adénite cervicale à la suite de laquelle une radiographie pulmonaire a fait découvrir une tache sous-claviculaire droite avec bacilles dans les crachats.

Après 6 mois de sanatorium, Mme Pl... est rentrée chez elle, améliorée.

En 1940, une grossesse s'est poursuivie normalement.

En mars 1943, on ne trouve à la radiographie que de petites taches bien limitées assez opaques, couvrant la région sus-claviculaire droite et une grosse tache dans la partie antérieure du deuxième espace.

En 1944, Mme Pl... a été revue à l'occasion d'un incident fébrile avec expectoration abondante dans laquelle on n'a pas retrouvé de bacilles de Koch. La radio ne montre qu'une tache claviculaire paraissant calcifiée, avec images trabéculaires du sommet.

OBSERVATION X

Mme Ph... Gabrielle, 27 ans.

A fait un séjour d'un an en sanatorium en 1937 pour une petite lésion droite. On n'a trouvé qu'une seule fois des bacilles de Koch dans ses crachats.

Lorsqu'elle rentre à Paris l'année suivante, elle va bien, a repris du poids. En 1941, elle se marie et a successivement 2 enfants, le premier le 26 mars 1942, le second le 6 octobre 1943.

A la suite de son deuxième accouchement, qui s'est d'ailleurs passé sans difficultés, Mme Ph... maigrit, perd l'appétit et est admise dans le service en février 1944, fébrile et toussant. Les crachats sont bacillifères. Les rayons X nous montrent des lésions bilatérales : à droite, infiltration du sommet ; à gauche, aspect pom-melé avec image cavaire. Ces lésions gauches donnent lieu, deux mois plus tard, à une tentative de pneumothorax qui échoue. Cependant, la fièvre a cédé, l'amaigrissement s'arrête. La malade quitte l'hôpital pour partir en sanatorium.

OBSERVATION XI

Mme S... Alice.

A présenté en juin 1935, à l'âge de 23 ans, une caverne sous-claviculaire gauche qui a été traitée par pneumothorax. Un épanchement pleural important est survenu ayant nécessité de nombreuses ponctions. Finalement, les insufflations n'ont pas été poursuivies depuis juillet 1939.

En septembre 1940, Mme S... devient enceinte et, malgré des débuts pénibles, avec des vomissements très fréquents, la grossesse se poursuit jusqu'à terme sans incidents. L'accouchement est normal, le 18 mai 1941, et n'est suivi d'aucune évolution.

Depuis, Mme S... se porte bien. Nous avons revu récemment son aspect radiologique (mars 1944). Elle ne présente qu'une attraction du médiastin du côté gauche, mais n'a aucune lésion en évolution.

OBSERVATION XII

Mme L...

Est vue pour la première fois en 1931, à l'âge de 25 ans. Elle aurait eu une pleurésie cinq ans auparavant. Elle se plaint de troubles gastriques, d'amaigrissement, d'asthénie, mais ne tousse pas.

Quelques ombres trabéculaires péri-hilaires à la radiographie.

Après une cure de repos, la malade engraisse et se sent mieux.

En 1932, Mme L... dont l'état est satisfaisant, devient enceinte et accouche au mois de novembre. Tout se passe bien. Après l'accouchement, de nouveau, elle maigrit et est fatiguée. En 1934, toujours fatiguée, elle tousse un peu. A l'auscultation, très fins craquements secs aux deux sommets, surtout à droite. Quelques petites taches aux deux sommets.

En 1935, ablation de l'appendice et de l'ovaire gauche. Quelques troubles digestifs persistent (constipation).

En janvier 1938, Mme L... fait une petite hémoptysie (une dizaine de crachats de sang pur). Fatigue et toux persistante. Un cliché fait peu après montre un gros foyer d'ombres à contours polycyclique dans l'apex droit avec quelques taches sous-claviculaires très pâles et très floues. Opacité beaucoup plus discrète à gauche. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats.

Un pneumothorax est créé à droite et entretenu deux ans. En 1940, à la radio, l'apex droit est diminué de transparence avec une petite cavité sus-claviculaire; discrètes opacités à gauche.

En mars 1941, petite hémoptysie, sans fièvre.

En octobre 1943, touse de nouveau. Bacilloscopie positive. A la radiographie, cavité sous et rétro-claviculaire droite, de la dimension d'une pièce de 2 fr., quelques marbrures descendant jusqu'au bord supérieur de la 7^e côte.

Une thoracoplastie est proposée et effectuée.

En somme, tuberculose chronique bénigne (type Burnand) dans l'histoire de laquelle s'intercale une grossesse, qui ne semble pas avoir eu d'influence notable.

OBSERVATION XIII

Mme Le..., employée de commerce.

A fait, à l'âge de 15 ans, un séjour de plus d'un an à la campagne pour une tuberculose du poumon droit qui semble avoir guéri; puis, à 22 ans, elle retombe malade et est envoyée en Savoie pendant 4 mois.

Elle est vue en mai 1926 pour fatigue, amaigrissement, toux et expectoration dans laquelle on a pu voir quelques filets de sang. L'examen ne montre que quelques calcifications, surtout dans la région sous-claviculaire gauche.

En 1928, elle se plaint de douleurs abdominales et, devant une sensibilité très vive de la fosse iliaque droite, on est conduit à pratiquer l'appendicectomie le 25 mai. L'opération est suivie d'amaigrissement, d'anorexie. La radio thoracique permet de retrouver une grosse calcification à gauche.

En juin 1930, après quelques mois où l'état reste stationnaire et où la malade se plaint surtout de pesanteur gastrique, elle se remet à tousser et a un peu de fièvre. Le cliché confirme une diminution de transparence de la partie interne du sommet gauche. B. K. +. Six mois de sanatorium suffisent à améliorer grandement l'état général et pulmonaire, mais pas pour longtemps, car bientôt Mme Le... maigrit à nouveau. B. K. +. Elle est traitée quelque temps par les sels d'or.

Mme Le... devient enceinte en juillet 1937 et accouche le 29 mars 1938. A la fin de la grossesse, albuminurie et hypertension. L'image radiologique ne subit aucune modification pendant la grossesse, ni après et, en 1942, notre malade allait bien, conservant des calcifications du sommet gauche sans changement.

Voici donc une série de 13 observations de tuberculeuses anciennes paraissant les unes guéries, les autres stabilisées et qui sont devenues enceintes. Que ressort-il de leur examen ?

D'abord, au point de vue pronostic d'ensemble, ces cas apparaissent comme très favorables, puisque nous n'enregistrons aucun décès.

Dans 9 d'entre eux, c'est-à-dire la grande majorité, ces tuberculeuses anciennes ont supporté sans dommage une et même deux grossesses, certaines rapprochées. Elles n'ont eu aucune évolution ultérieure et paraissent maintenant tout à fait guéries. L'une a même eu 3 grossesses successives (obs. I). Et, pourtant, certaines d'entre elles ont présenté des tuberculoses excavées d'aspect sérieux. La plupart ont été traitées par collapsothérapie et il apparaît que c'est cette thérapeutique qui leur a permis de guérir leurs lésions et de mener à bien leurs grossesses.

Parmi nos cas, deux ont trait à des tuberculoses chroniques bénignes qui paraissent encore très lentement évolutives mais sur lesquelles la grossesse et l'accouchement n'ont eu aucun retentissement.

Une seule fois (obs. VIII) l'avortement thérapeutique a été pratiqué pour une 2^e grossesse survenue très près de la première. Il semble qu'on aurait pu surseoir à cet acte puisque cette malade a pu mener à bien deux autres grossesses, sans que la stabilisation de sa tuberculose en ait été troublée.

Quant aux 4 cas moins favorables, l'un a trait à une tuberculeuse ancienne qui a très bien supporté 2 grossesses, mais qui a fait une évolution grave après la deuxième. Il ne semble pas cependant que l'influence déterminante de la deuxième grossesse sur les accidents évolutifs puisse être retenue puisque ceux-ci ont commencé seulement cinq ans plus tard (obs. IV).

L'obs. III nous montre une évolution anatomique sous forme d'une cavité pulmonaire apparue pendant la grossesse, mais sans retentissement sur l'état général et sans évolution après l'accouchement.

Un autre de nos cas aggravé (obs. VII) montre que l'évolution est survenue après 2 grossesses successives rapprochées, chez une tuberculeuse ancienne, certes, mais stabilisée depuis peu et où le pneumothorax avait échoué.

De même, dans l'obs. X, l'aggravation n'a eu lieu qu'après 2 grossesses itératives, chez une malade n'ayant pas été traitée par pneumothorax.

En somme, ces cas apparaissent, dans l'ensemble, favorables. La grossesse est bien supportée chez ces tuberculeuses anciennes stabilisées ou guéries, d'autant mieux, semble-t-il, que la guérison est plus ancienne et, par conséquent, que le temps a permis de juger de sa solidité. Le pneumothorax a contribué grandement à obtenir ce résultat. Dans ces cas, la forme anatomique de la tuberculose ancienne n'a plus une grande importance puisqu'elle est pratiquement guérie.

Les grossesses trop rapprochées sont cependant susceptibles de rendre le pronostic moins favorable et doivent être déconseillées.

2° *Tuberculoses anciennes mais encore en évolution.*

Ici le pronostic, et cela se conçoit facilement, apparaît nettement moins favorable, autant que nos quatre observations puissent permettre d'en juger. Le fait que ces malades ont évolué vers l'aggravation ne vient pas forcément de leur grossesse, mais peut tout aussi bien être dû au fait que leurs lésions étaient encore en évolution. D'ailleurs, dans un cas, l'évolution lentement progressive ne semble pas modifiée par la gestation; dans un autre,

l'aggravation n'est survenue que 2 ans après l'accouchement.

OBSERVATION XIV

B... Mathilde, bobineuse.

A eu, en 1925, un pneumothorax pour une lésion pulmonaire droite. Après un séjour en sanatorium, la malade reprend une vie normale et, en 1929, son pneumothorax est abandonné. Mais elle fait une rechute, retourne en sanatorium, puis revient et, de nouveau, en 1935, rechute d'aspect pneumonique.

Elle devient enceinte en janvier 1936 et accouche au mois de septembre d'une fille qui pèse 2.600 gr. Dans les mois qui suivent, on voit apparaître et se préciser sur les clichés successifs une petite image cavitaire rétro-claviculaire gauche, tandis qu'à droite on observe également des images suspectes. Ces lésions progressent très lentement tandis que l'état général se maintient.

En 1938, un pneumothorax est tenté à gauche, sans résultat. Le 16 juin, la malade quitte le service pour Brévannes.

OBSERVATION XV

Mme Ca... Yvette, vendeuse.

Est malade depuis l'âge de 16 ans et demi. Elle a eu alors une hémoptysie assez abondante précédée d'asthénie et d'amaigrissement. A la radio (décembre 1936) lobite supérieure droite, avec petite excavation sous-claviculaire.

Un pneumothorax est créé le 25 décembre; les résultats en sont satisfaisants et Mme Ca... part en sanatorium. Elle va bien jusqu'en octobre 1938, mais à cette date elle fait une évolution à gauche et l'on crée de ce côté un pneumothorax le 25 octobre, tandis qu'on abandonne le droit. La malade est alors au début d'une grossesse. Celle-ci se poursuit sans accident jusqu'au terme; l'accouchement a lieu en juin 1939 (fille pesant 3.100 gr.).

Le pneumothorax est abandonné par la malade en septembre

1940. En février 1941, la malade va moins bien : asthénie, fièvre, amaigrissement. On retrouve des bacilles dans ses crachats. Les radiographies d'avril-mai 1941 montrent des lésions nodulaires diffuses des deux côtés, avec petite cavité à gauche.

En résumé, tuberculose ancienne unilatérale traitée par collapsothérapie, évolution de l'autre côté au début d'une grossesse. Le PNO permet l'évolution de la grossesse sans ennui. Rechute grave 20 mois après l'accouchement.

OBSERVATION XVI

Mme Le... Marie-Thérèse, 20 ans, vendeuse.

S'était toujours bien portée jusqu'au 13 janvier 1938, lorsqu'elle est atteinte d'un état fébrile aigu que l'on qualifie de grippe. La fièvre, d'abord élevée, baisse rapidement, mais persiste une température anormale le soir, surtout après le moindre effort. Elle crache un peu.

On fait un cliché radiographique qui montre une condensation très limitée hilare droite envoyant des ombres rayonnant dans la clarté parenchymateuse. Pas de bacilles dans les crachats.

Au début de mars, la température reste toujours un peu anormale; il n'y a guère de modification radiologique. Et même, à la fin de mai, on assiste à une diminution de l'ombre hilare, malgré la persistance d'un fin granité tout autour du hile. En même temps, on assiste à une reprise de l'état général avec engraissement de 13 kilos.

Notre malade paraissait donc en voie de guérison lorsqu'elle devient enceinte. Vers le milieu de juin, elle a une poussée de fièvre et se met à tousser. L'auscultation permet d'entendre quelques bruits adventices interscapulo-vertébraux plus nets qu'avant. Pas de modifications radiologiques.

Au 7^e mois de sa grossesse, Mme Le... fait une petite hémoptysie. On trouve des bacilles dans l'expectoration et l'on assiste à une extension radiologique des lésions sous forme d'une opacité

sous-claviculaire au sein de laquelle une image cavitaire est probable.

Aussi on décide de créer rapidement un pneumothorax le 2 novembre, il est institué et entretenu depuis. L'accouchement a lieu le 18 janvier 1939 après application de forceps, mais sans complications ultérieures. L'enfant est bien portant et placé en nourrice.

Le 25 juillet suivant, nous revoyons la malade. Elle va bien, mais ses crachats sont toujours bacillifères et sa température vésérale reste anormale. Surtout, une nouvelle radiographie montre un semis de taches micro-nodulaires du côté gauche, jusque là inexistante, avec une petite condensation para-hilaire du même côté.

OBSERVATION XVII

Mme B... Suzanne.

A une histoire déjà ancienne de tuberculose. En 1931, à l'âge de 22 ans, elle a eu une pleurésie séro-fibrineuse gauche.

En 1938, elle a présenté une lésion pulmonaire excavée de la base droite, avec expectoration bacillifère puis, en juillet 1939, elle a fait un pneumothorax droit qui a évolué favorablement. A son retour d'un séjour en sanatorium en 1940, on constate que la cavité droite a disparu.

Mme B... devient enceinte au début de 1941 et est envoyée à l'hôpital en vue d'un avortement thérapeutique. L'intervention n'est pas décidée et on laisse évoluer la grossesse. L'accouchement a lieu le 9 septembre 1941, sans incident.

Dans les mois qui suivent l'accouchement, l'état général est médiocre. Les recherches de bacilles sont positives par intermittence, la radiographie montre des marbrures bilatérales assez fines; on soupçonne une image cavitaire sous-claviculaire gauche, mais la tomographie ne confirme pas cette impression. L'état de Mme B... reste inchangé jusqu'à la fin de l'année 1943 où survient une hémoptysie accompagnée d'une poussée fébrile.

Les examens radiographiques successifs permettent d'observer à partir de ce moment une aggravation des lésions en mars 1944 :

grosse caverne hilare gauche et foyer de condensation rétro-claviculaire droit ; en juin et juillet 1944, on constate en outre un semis de nodules miliaires ou plus volumineux couvrant la totalité des deux champs pulmonaires.

Tuberculose ancienne, à évolution lente mais grave, ayant eu une grossesse sans incident, qui ne paraît pas avoir eu de retentissement net sur l'état pulmonaire puisque l'aggravation n'est survenue que plus de 2 ans après l'accouchement.

Nous venons de revoir cette malade, de nouveau enceinte de 7 mois. La date assez tardive à laquelle cette nouvelle grossesse a été connue et l'état précaire de la malade n'ont même pas permis de discuter son interruption.

3° *Tuberculosés récentes.*

Nous avons pu recueillir 6 cas de grossesse survenue chez des tuberculosés d'apparition récente :

Sur ces 6 cas, 2 seulement ont eu une évolution favorable (obs. XVIII et XIX) ; il s'agissait de formes traitées par pneumothorax avec efficacité.

Les autres cas ont évolué vers la terminaison fatale à plus ou moins bref délai. Mais il faut remarquer que l'une d'elles ne semble pas avoir mené une vie suffisamment calme pour son état de santé, une autre a continué à évoluer malgré un avortement thérapeutique.

Enfin, pour l'obs. XXI, nous savons que la malade est décédée, mais nous ignorons la date et, d'ailleurs, il n'y avait pas eu d'aggravation immédiate après la grossesse.

On peut cependant conclure que ces tuberculosés apparues depuis peu et, par conséquent, encore évolutives, semblent se réactiver ou accélérer leur marche à l'occasion des fatigues de la grossesse.

OBSERVATION XVIII

B... Renée, 19 ans, manutentionnaire.

Est malade depuis le milieu de février 1938. Elle a commencé par un état fébrile avec toux et expectoration; le 5 mars, des bacilles de Koch sont trouvés dans ses crachats. La radiographie nous montre à cette date une opacité peu homogène et mal limitée de la partie inférieure du champ pulmonaire droit, au sein de laquelle un contour cavitair se dessine sans doute. Quelques jours plus tard, un pneumothorax est créé. Il s'avère efficace, malgré quelques adhérences et notre malade part en sanatorium.

Au mois d'août, Mme B... revient de sanatorium et nous apprend qu'elle est enceinte de 3 mois. Les mois suivants sont marqués par l'évolution d'un épanchement pleural. Mais, malgré quelques poussées fébriles, tout s'arrange vers novembre. L'accouchement a lieu le 19 février 1939 (forceps). L'enfant, qui pèse 2.470 gr., est mis en placement familial.

Depuis l'accouchement, Mme B... va bien; son pneumothorax a été arrêté en 1941.

OBSERVATION XIX

Mme S... Yvonne, 36 ans.

Est une mère de 6 enfants. Elle tombe malade en septembre 1940 mais, depuis un an déjà, elle avait considérablement maigri.

A ce moment, on remarque une infiltration bilatérale des deux champs pulmonaires surtout marquée à gauche. En mars 1941, elle devient enceinte.

Une radiographie d'avril montre une opacité considérable de presque tout le champ pulmonaire gauche, tandis qu'à droite, se trouve une petite tache sous-claviculaire avec quelques images micronodulaires.

Un pneumothorax gauche est créé le 22 juillet 1941. Le 13 décembre 1941, Mme S... accouche par siège complet d'un garçon pesant 3.820 grammes.

Après la naissance de l'enfant, Mme S... reste apyrétique et ne crache plus de bacilles. Le pneumothorax gauche est entretenu et, malgré des adhérences multiples, paraît utile. En avril 1942, un pneumothorax est créé à droite devant la persistance d'un infiltrat homogène du tiers moyen. Elle séjourne en sanatorium jusqu'en décembre 1942, puis s'en va en cure libre dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XX

Mme M... Lucienne, sténo-dactylo, 26 ans.

A présenté au mois de décembre 1940 des signes laryngés accompagnés d'asthénie et d'amaigrissement, puis quelques mois plus tard de la fièvre et des douleurs thoraciques. On a conclu à une pleurite droite.

Elle devient enceinte en juin 1941 et, pendant toute sa grossesse, elle passe par des alternatives de grande fatigue et d'amélioration, ne se reposant que d'une façon intermittente.

L'accouchement survient au 8^e mois, le 22 janvier 1942, sans incident; l'enfant pèse 3.000 gr. Mais la veille, Mme M... a eu une petite hémoptysie.

Elle allaite cependant son enfant pendant un mois. Le 22 février, nouvelle hémoptysie peu abondante. B. K. +. La radiographie de mars 1942 montre des taches et des marbrures diffuses bilatérales avec une caverne parahilaire droite.

La malade est décédée en mars 1943.

En somme, tuberculose récente chez laquelle la grossesse semble avoir précipité l'évolution. Mais cette malade paraît ne pas avoir été suffisamment suivie et ne pas avoir eu le repos nécessaire.

OBSERVATION XXI

Mme C... Raymonde, 31 ans.

Chez cette malade, la tuberculose débute en mai 1936. La radiographie montre une cavité sous-claviculaire droite et des marbrures bilatérales. Bacilles dans les crachats.

Une grossesse débute en janvier 1937. Sur le cliché du mois d'août, au 8^e mois, on note que les marbrures prédominent à droite et que la cavité est moins nette. Un mois plus tard, les lésions paraissent encore améliorées.

Le 4 octobre, Mme C... accouche d'un garçon pesant 3.500 gr.

Après l'accouchement, le 12 octobre, la radiographie montre toujours des marbrures bilatérales. On ne voit plus de cavité droite, mais on soupçonne à gauche une petite cavité sous-claviculaire. Pas de bacilles dans les crachats.

Mme C... est décédée, mais nous n'avons pu savoir la date et les circonstances de son décès.

OBSERVATION XXII

Mme L... Augusta.

C'est au mois de juillet 1940, à la suite des fatigues de l'exode, que Mme L..., alors âgée de 30 ans, tombe malade. Elle se sent fatiguée, tousse et crache. On trouve des bacilles dans ses crachats et l'examen thoracique fait découvrir une caverne sous-claviculaire droite, pour laquelle on pratique un pneumothorax le 2 septembre, complété par la section d'une adhérence. Mme L... part ensuite en sanatorium, où son séjour est marqué par une réaction liquidienne et où elle reste jusqu'en juillet 1941. Elle rentre alors chez elle; son pneumothorax a été abandonné.

Elle devient enceinte en octobre 1941. On décide alors un avortement thérapeutique. L'intervention est effectuée en décembre, ce qui n'empêche pas l'extension de la caverne droite qui paraît justifiable d'une thoracoplastie, dont le premier temps est exécuté en mars, le second en mai 1942. A la suite de l'opération, la caverne est diminuée, mais reste visible, les crachats restent bacillifères.

L'année suivante, en juin 1943, la caverne semblant augmenter de nouveau, on pratique un troisième temps. Mais bientôt apparaît une cavité gauche, s'accroissant rapidement. Un pneumothorax est créé de ce côté le 5 octobre.

Enfin, Mme L... est revenue de nouveau à l'hôpital, en mars 1944, enceinte de 3 mois.

Les lésions bilatérales semblent progresser lentement, mais sa grossesse est estimée trop avancée pour qu'elle puisse bénéficier de l'interruption.

Mme L... a accouché d'un enfant bien constitué mais qui est mort quelques jours plus tard. Elle-même est décédée peu après.

OBSERVATION XXIII

Mme L... Madeleine, 34 ans.

A déjà eu deux enfants de 18 mois et 5 mois lorsqu'elle est de nouveau enceinte en juillet 1938. Lors d'un examen radiographique systématique, on a la surprise de découvrir une petite image arrondie sous-claviculaire. Mme L... ne se sentait pas vraiment malade, mais reconnaît néanmoins que, depuis quelques mois, elle avait beaucoup maigri et éprouvait une grande fatigue. Devant ces constatations, étant donnée surtout sa grossesse débutante, elle est mise en observation. A plusieurs reprises, son expectoration est analysée, mais on n'y trouve pas de bacilles tuberculeux. Quant à son image radiologique, elle ne paraît ni s'étendre ni se modifier.

Mme L... quitte l'hôpital le 30 octobre pour partir en sanatorium.

Au mois d'avril, quelques semaines avant l'accouchement, une nouvelle radiographie révèle une extension bilatérale considérable des lésions à type nodulaire. L'accouchement a lieu le 28, la température prend le type hectique; les lésions bilatérales sont d'aspect bronchopneumonique.

La mort survient 2 mois et demi plus tard.

En résumé, tuberculose précédent de peu une troisième grossesse et évoluant brusquement dans le cours du dernier mois.

B. — L'APPARITION DE LA TUBERCULOSE COINCIDE AVEC LE DÉBUT DE LA GROSSESSE.

L'apparition d'une tuberculose pulmonaire au tout début d'une gestation n'est pas rare.

Les deux phénomènes pathologique et physiologique semblent vraiment coïncider.

La plupart des auteurs ont remarqué la gravité particulière de ces formes et leur marche rapide. Nous ne nous élèverons pas contre cette opinion puisque, sur 6 observations, nous constatons que 5 se sont terminées par le décès de la malade.

Il s'agissait tantôt de cavernes rapidement extensives, tantôt de lésions diffuses broncho-pneumoniques.

La mort est survenue entre quelques jours et quelques mois après l'accouchement, qui a eu lieu près du terme.

A noter le mauvais pronostic que constitue l'apparition de laryngite chez les tuberculeuses gravides.

OBSERVATION XXIV

Mme T... Catherine, 20 ans.

Avait toujours été bien portante jusque là. Présente en décembre 1940 un état fébrile avec toux et expectoration, qui la décide à se faire examiner, en janvier 1941. Un examen radiographique est pratiqué dans un dispensaire et montre une ombre sus-scisurale droite, tandis que l'examen bactériologique des crachats ne révèle pas de bacilles de Koch.

Au début de mars, la malade entre à l'hôpital Saint-Antoine. Son état général n'est pas très atteint, en dehors d'un certain amaigrissement, mais de nouveaux examens radiographiques mettent en évidence une volumineuse cavité sous-claviculaire droite, avec un

semis de taches micronodulaires disséminées autour de l'image cavi-taire dans tout le lobe supérieur. Le côté gauche est sain. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats. En présence de ces constatations, un pneumothorax est institué à droite, dès le milieu du mois de mars, la malade étant alors au 3^e mois de sa grossesse. Ce pneumothorax, régulièrement insufflé, donne un décollement assez électif de la partie supérieure du poumon. Rapidement, l'heureux effet de cette thérapeutique se fait sentir, les bacilles disparaissent des crachats et l'état général redevient très satisfaisant. On atteint ainsi le terme de la grossesse et l'accouchement a lieu à la Maternité Baudelocque, le 2 août 1941. L'enfant, bien portant, est rapidement séparé de sa mère.

En février 1942, c'est-à-dire 6 mois après son accouchement, Mme T... continuait à faire réinsuffler son pneumothorax et était en bon état. Elle a été depuis perdue de vue (une enquête ultérieure nous a appris qu'elle était décédée, mais nous n'avons pu savoir quand, ni dans quelles conditions).

OBSERVATION XXV

Mme M... Marcelle, ouvrière, 27 ans.

Tuberculose bénigne contemporaine du début d'une 3^e grossesse en avril 1941. On trouve une diminution de transparence du sommet droit à la radio et des bacilles dans les selles. Mais l'état général est très peu atteint et la grossesse se poursuit sans encombre jusqu'à l'accouchement qui a lieu le 16 novembre 1941. Tout se passe normalement et l'enfant pèse 4.200 gr. Les suites de couches sont normales et la malade peut sortir de l'hôpital le 30 novembre. Trois mois plus tard, le 6 mars, la malade revient à l'hôpital, se plaignant d'un point de côté gauche que l'examen rattache à une importante pleurésie que la ponction confirme quelques jours plus tard en retirant 600 cc. de liquide séro-fibrineux. Au bout de 6 semaines, Mme M... rentre chez elle, améliorée, mais le 16 juin suivant, elle présente un épanchement séro-fibrineux, cette fois à la base droite. Il n'y a pas d'atteinte parenchymateuse.

OBSERVATION XXVI

Mme B... Madelcine.

La tuberculose débute avec la grossesse : très grosses lésions bilatérales. B. K. +. Le 15 mars 1940, au cours du 7^e mois, on crée un pneumothorax gauche, puis le 13 avril, un pneumo droit. Le 5 juin, la malade accouche, après application de forceps, d'une fille pesant 2.460 gr. Aussitôt après, la température s'élève et prend un type hectique.

A gauche, le pneumothorax donne un assez bon collapsus, mais il y a un épanchement. A droite, cavernes multiples. La mort survient le 23 août, deux mois et demi après l'accouchement.

OBSERVATION XXVII

Mme Le P... Eveline, 24 ans.

N'avait jamais eu d'affection pulmonaire jusqu'au début de sa deuxième grossesse, en mars 1938. Ces débuts sont pénibles, avec vomissements fréquents, ce qui est banal, mais surtout amaigrissement très important, toux et expectoration, ce qui paraît suspect et la fait consulter en mai dans un dispensaire, qui l'envoie à l'hôpital Lœnnec, où elle reste 2 mois, puis rentre chez elle. Le 23 décembre 1938 a lieu l'accouchement, particulièrement pénible car gemellaire, où le premier fœtus se présente par le siège, suivi d'une hémorragie abondante, nécessitant une délivrance artificielle. A noter que notre malade a été anesthésiée au chloroforme pendant l'accouchement.

Après son accouchement, Mme Le P... est examinée au point de vue laryngé, car elle est complètement aphone depuis 6 mois. L'examen fait faire le diagnostic de laryngite tuberculeuse.

Au même moment, on trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration. A la radiographie, grosse opacité du tiers supérieur droit, zones plus claires, nodules para-hilaires gauches.

Le 30 janvier, environ 5 semaines après l'accouchement, Mme Le P... est prise d'une violent point de côté et de dyspnée, que l'on

peut attribuer à un pneumothorax spontané droit. La persistance des signes fonctionnels nécessite la soustraction de 200 cc. d'air. Bientôt apparaît un épanchement. L'évolution est rapidement fatale en quelques jours. Le décès survient le 9 février 1939.

On voit donc qu'il s'agit d'une tuberculose contemporaine d'un début de grossesse et évoluant très rapidement après un accouchement difficile.

OBSERVATION XXVIII

Mme F... Eugénie; 34 ans.

La tuberculose apparaît contemporaine d'un début de grossesse en octobre 1940. Il s'agit d'une tuberculose aiguë, à marche rapide, avec lésions tuberculeuses laryngées. En avril, la radiographie montre des images broncho-pneumoniques bilatérales.

Mme F... accouche avant terme le 4 mai, à 7 mois et demi, d'un enfant qui pèse 1.500 gr. L'accouchement a été facile et les suites normales, mais l'état général décline rapidement et la mort survient le 11 mai.

OBSERVATION XXIX

Mme P... Pierrette; 19 ans.

Était enceinte d'à peine 2 mois lorsqu'elle a eu une hémoptysie assez abondante. Elle était alors en Allemagne où elle travaillait en usine.

Elle est renvoyée en France et vient à l'hôpital en mai 1941. Son état général paraît satisfaisant; aucun signe fonctionnel; pas de bacilles dans les crachats. Mais, à la radioscopie, une cavité sous-claviculaire gauche est visible.

Le 7 juin, au 7^e mois de la gestation, on décide la création d'un pneumothorax, qui ne donne qu'un collapsus imparfait et doit être suivi de la section d'une bride. Cependant, une réaction liquidienne importante, avec fièvre, vient gêner la malade et entraîne de la dyspnée. Bacilles dans les crachats en août.

L'accouchement a lieu le 13 septembre, sans incident. L'enfant pèse 2.430 gr.

La malade est réinsufflée le lendemain.

En octobre, la situation s'aggrave car l'épanchement devient purulent et le poumon droit est le siège d'infiltrations diffuses micro-nudulaires.

En outre, une complication gynécologique douloureuse vient altérer l'état général, déjà très touché.

L'amaigrissement progresse, la dyspnée augmente et notre malade finit par mourir, le 25 février 1942, un peu plus de cinq mois après son accouchement.

C. — LA TUBERCULOSE APPARAÎT AU COURS D'UNE GROSSESSE CONFIRMÉE.

Nous avons pu relever 13 cas de tuberculose pulmonaire apparue dans le cours de la grossesse chez des femmes dont le passé ne comportait pas d'épisode tuberculeux pulmonaire. Cette catégorie ne diffère de la précédente que par la survenue plus tardive de la tuberculose (ou de son début apparent), à une période où la grossesse est nettement caractérisée.

Ces cas diffèrent entre eux :

A) D'une part, par la date d'apparition des premiers accidents apparents : 2^e mois, 2^e mois, 3^e mois, 3^e mois, 4^e mois, 4^e mois, 5^e mois, 6^e mois, 6^e mois, 7^e mois, 7^e mois, 8^e mois, 8^e mois.

On peut constater ainsi que cette date d'apparition est très variable, mais qu'il n'y a pas de prédominance pour telle ou telle période de l'évolution de la gestation.

B) D'autre part, par le mode de début et l'aspect clinique de la tuberculose.

La tuberculose a fait son apparition, tantôt d'une ma-

nière insidieuse par une altération de l'état général, avec amaigrissement, anorexie, puis apparition de signes fonctionnels, toux et expectoration. Deux fois, le début a été marqué par une hémoptysie révélatrice d'une lésion cavi-taire, une fois par une laryngite; enfin, dans plusieurs cas, le début a été aigu, fortement fébrile avec des phéno-mènes pleuraux, qu'il se soit agi de pleurésie vraie ou d'une histoire pseudo-pleurétique.

C) L'évolution de nos cas et leur pronostic a été éga-lement variable.

6 fois, la mort a terminé l'évolution, soit très rapide-ment, en quelques mois, soit beaucoup plus longtemps après. Elle a toujours eu lieu après l'accouchement qui s'est toujours produit près du terme, sauf une fois.

Dans les 4 autres cas, le pronostic est médiocre. Il s'agit de tuberculoses excavées continuant à évoluer len-tement et qui restent menaçantes pour l'avenir de ces malades.

Dans 3 cas, le pronostic a été excellent. Ce sont ceux où les accidents pleuraux ont été prédominants. Dans la première (obs. XXXI) il s'agissait en somme d'une pleuré-sie séro-fibrineuse banale du type *a frigore* et qui a évo-lué sans incident et sans lésion parenchymateuse asso-ciée.

Mais nous voudrions particulièrement attirer l'atten-tion sur nos observations n°s XL et XLI qui sont tout à fait voisines comme allure et comme pronostic et se sépa-rent nettement des autres cas.

Il s'agissait dans les deux cas de très jeunes femmes : 19 et 21 ans, qui ont présenté, l'une au 2°, l'autre au 7° mois de leur première grossesse, un épisode aigu, fébrile et de courte durée, avec des signes cliniques et radiolo-giques d'épanchement pleural, mais où la ponction n'a pu ramener qu'une très petite quantité de liquide séro-

fibrineux, si bien qu'il semblait s'agir plutôt d'un processus de spléno-pneumonie.

Dans les deux cas, la guérison clinique et radiologique s'est faite rapidement et sans séquelle. Le jeune âge de ces malades, l'aspect et l'évolution des lésions permettent de penser qu'il s'agissait de primo-infection tuberculeuse survenant pendant la grossesse.

Ces formes sont intéressantes à connaître en raison de l'inquiétude qu'elles peuvent faire naître lorsqu'on les observe chez une femme enceinte et des problèmes thérapeutiques qu'on peut se poser à leur sujet. Leur bénignité fait que toute intervention active serait superflue.

Tout autre comme pronostic et comme étiologie est le cas résumé dans notre observation XLII. Il s'agissait d'une tuberculose qui, apparue vers la fin d'une grossesse, a pris une évolution aiguë granulique après l'accouchement et dans laquelle l'autopsie a révélé des lésions ca-séuses d'une trompe utérine.

Un certain nombre d'observations analogues ont été publiées par différents auteurs, que la tuberculose soit apparue après la grossesse et ait été d'emblée à marche rapide, ou qu'elle ait été de date plus ancienne, mais ait pris après l'accouchement une marche rapide.

Ces tuberculoses granuliques du post-partum ont été étudiées en particulier par le Professeur FRUHNSHOLZ, de Nancy, qui a montré que dans nombre de cas, le point de départ était une tuberculose annexielle ou utérine, généralement latente jusque là et dont la grossesse a précipité l'évolution. Le traumatisme obstétrical serait la cause de la dissémination par voie sanguine ou lymphatique ou même de l'infection directe du péritoine.

L'existence d'une tuberculose génitale préalable, si elle ne suffit pas à expliquer tous les cas d'évolution rapide après l'accouchement, en représente certainement une cause fréquente.

OBSERVATION XXX

Mme P..., 24 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux. Hémoptysie au 4^e mois d'une grossesse. B. K. + le 17 janvier 1941.

Accouchement le 31 mai 1941 d'un enfant bien portant. Au premier examen, marbrures disséminées inter-cléido-hilaires gauches, présomption d'image cavaire gauche, quelques taches disséminées à droite.

Pas de modifications jusqu'à l'accouchement.

Nettoyage à droite à partir d'août 1941.

Tomographie : image cavaire gauche à 6 cm. du plan dorsal. Deuxième grossesse en juin 1943.

OBSERVATION XXXI

Mme A... Suzanne, 23 ans, ouvrière.

A déjà un enfant de 4 ans; est prise au cours du 5^e mois de sa seconde grossesse d'un point de côté situé à la base gauche. L'examen met en évidence une matité de la base gauche et la radiographie montre une opacité de cette base, à limite supérieure peu nette. Les examens de crachats sont négatifs. L'état général reste bon et la malade accouche à terme le 28 mars 1938 d'un enfant bien portant, pesant 3.340 gr. L'accouchement a lieu sans intervention. La mère n'allait pas son enfant.

Depuis l'accouchement, Mme A... va bien. A la fin de 1941, elle a été revue et il n'y a pas eu de nouvel incident.

En somme, pleurésie survenue pendant la grossesse et évoluant sans incident.

OBSERVATION XXXII

Mme Le..., 32 ans.

Appartient à une famille très touchée par la tuberculose, dont sa mère est morte. C'est en janvier 1940, alors qu'elle est enceinte

de quatre mois, qu'elle a une hémoptysie abondante. Son expectoration est bacillifère.

On reconnaît une lésion droite excavée et, sans tarder, on crée un pneumothorax qui a rapidement un effet appréciable sur l'état général. Les bacilles ne sont plus retrouvés à des recherches successives. Néanmoins, le collapsus étant jugé insuffisant, on pratique une section d'adhérences le 17 mai, mais bientôt apparaît un épanchement bacillifère et l'état général décline de nouveau.

L'accouchement a lieu à terme. L'état est stationnaire pendant quelques temps mais, en 1941, surviennent des accidents pleuraux et un essaimage dans le poumon gauche. Dès lors, l'évolution se précipite et la mort survient dans la cachexie le 31 octobre 1941.

OBSERVATION XXXIII

Mme J... Madeleine, 31 ans.

A deux enfants de 9 et 5 ans. Son passé n'est pas indemne de tuberculose puisqu'elle a eu, il y a 5 ans, une ostéite costale avec abcès froid qui a guéri en quelques mois. Elle n'avait pas été malade depuis, lorsque, vers le 3^e mois d'une grossesse, elle commence à tousser, à maigrir. Son expectoration contient des bacilles de Koch. Elle est envoyée dans le Service de Phtisiologie, en vue d'un avortement thérapeutique. Elle représente à la radiographie des infiltrats bilatéraux prédominant à droite avec deux excavations sous la clavicule droite; une autre moins visible sous la clavicule gauche.

Etant donnée la date tardive (6^e mois), l'intervention ne semble pas indiquée. D'autre part, la bilatéralité des lésions ne permet de mettre en œuvre qu'un traitement général.

Malgré ces circonstances défavorables, Mme J... accouche le 10 février 1942 d'un garçon qui meurt à 7 jours. Après son accouchement, elle revient de la Maternité avec un état général satisfaisant, malgré une température sub-fébrile et une expectoration encore bacillifère. A la radiographie, les lésions droites semblent régresser. Rétraction du lobe supérieur, image de scissurite, dispari-

tion de l'excavation sous-claviculaire. A gauche, également amélioration très nette.

Depuis cette époque, la malade avait été perdue de vue; l'enquête nous a appris qu'elle était décédée le 9 avril 1944, donc deux ans après son accouchement.

OBSERVATION XXXIV

Mme M... Marguerite, 22 ans.

S'est trouvée enceinte au mois d'octobre 1943. C'est sa deuxième grossesse, la première date de 1941; l'enfant est mort à 9 mois de convulsions. Elle l'a allaité.

Elle a toujours été bien portante et, récemment, travaillait en usine.

Les examens de contrôle pulmonaire pratiqués dans une Maternité au début de la grossesse n'ont rien fait trouver d'anormal. Les troubles sympathiques des premiers mois ont été assez accentués.

C'est vers le 6^e mois, en avril, que Mme M... se met à souffrir d'un point de côté thoracique droit, accompagné de frissons et, bientôt, de fièvre, qui l'amène à consulter à l'hôpital. On trouve, le 12 juin 1944, une image de pleurésie à la base droite avec une infiltration peu dense du sommet droit. A gauche, petite tache arrondie sous-claviculaire. Pas de B. K.

L'accouchement a lieu le 29 juin, avec application de forceps sous anesthésie générale : fille pesant 2.570 gr., qui meurt 15 jours plus tard.

Le 10 juillet, nouvelle radiographie : l'épanchement semble un peu diminué, l'infiltration du sommet s'est en partie effacée, mais bacilles de Koch dans les crachats.

Un mois plus tard, nouvelle amélioration radiologique, les ombres du lobe supérieur sont encore atténuées; le cul-de-sac droit reste comblé.

L'état général marque une reprise considérable.

OBSERVATION XXXV

Mme B... Simone, 28 ans.

Est vue à l'hôpital en août 1941. Elle a deux enfants de 4 et 2 ans. A l'âge de 22 ans, elle a eu une pleurésie gauche.

Au 6^e mois de sa 3^e grossesse, elle commence à tousser, à cracher et se sent très fatiguée. L'examen radiographique pratiqué le 16 août révèle une image cavitaire rétro-claviculaire gauche avec infiltration en éventail à sommet hilair s'épanouissant dans toute la partie supérieure du poumon gauche. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Le 27 août, ces données sont confirmées par un nouvel examen et l'on crée un pneumothorax, mais le décollement est très faible, d'emblée les pressions sont très positives.

L'accouchement a lieu le 30 septembre (garçon de 3.300 gr.). Les jours qui suivent, l'état est satisfaisant, mais on constate que la caverne gauche s'élargit. On ne parvient pas à reprendre le pneumothorax.

A la fin d'octobre, l'état général s'altère et la malade a un érythème noueux. Devant l'échec du pneumothorax, on entreprend une thoracoplastie dont le premier temps est fait le 15 décembre.

Mais l'évolution s'accélère et la mort survient dans un tableau d'asphyxie le 21 janvier 1942.

OBSERVATION XXXVI

Mme D... Marguerite, 25 ans, vendeuse.

Est enceinte de deux mois lorsqu'elle tombe malade, asthénie, anorexie, fièvre vespérale. C'est sa deuxième grossesse, la première remonte à 7 ans auparavant. Elle était bien portante jusque là, mais aurait été soignée dans son adolescence pour une lésion pulmonaire.

Elle vient à l'hôpital en novembre 1942, alors enceinte de 6 mois. La radiographie montre une condensation diffuse de la totalité du poumon gauche et, bientôt, une image en mie de pain, à très larges mailles évoluant vers un aspect d'excavation géante.

L'accouchement a lieu avant terme; l'enfant meurt en quelques heures et la mère meurt un mois plus tard, le 16 janvier 1943.

OBSERVATION XXXVII

Mme A... Gisèle, 18 ans.

Avait passé un examen radioscopique au 4^e mois de sa grossesse et avait, à ce moment, une image normale. C'est au cours du huitième mois qu'elle commence à se sentir très fatiguée et à tousser.

Le 2 août, elle accouche normalement, un peu avant le terme, d'une fille pesant 2.690 gr.

Quelques jours après, la température s'élève et se met à décrire de larges oscillations. On élimine rapidement une cause génitale et, d'ailleurs, un cliché du 18 août montre des lésions pulmonaires considérables et bilatérales, avec images en mie de pain et cavités multiples, surtout à gauche.

Dès lors, l'état ne cesse de s'aggraver; la fièvre persiste, à type hectique. Des images broncho-pneumoniques et cavitaires truffent les deux poumons; les crachats sont constamment bacillifères. Cet état lamentable se prolonge pourtant jusqu'au 11 avril où survient l'issue fatale.

En somme, tuberculose apparue quelques jours avant l'accouchement et prenant aussitôt après une allure très grave.

OBSERVATION XXXVIII

Mme D... Berthe, 24 ans.

Vers le milieu de novembre, Mme D..., qui est enceinte de trois mois, présente une laryngite qui persiste, accompagnée d'un peu de toux. Un cliché thoracique est fait à cette occasion et révèle une condensation lobaire supérieure droite, avec une petite excavation sous-claviculaire. Le 9 mars 1937, on institue un pneumothorax droit, mais le collapsus est gêné par de nombreuses brides.

Mme D... accouche normalement le 2 mai d'une fille qui pèse

2.250 gr. Les suites de couches ne sont marquées par aucun incident pulmonaire.

Le 12 juillet 1937, on fait une pleuroscopie pour sectionner les adhérences, mais le collapsus reste incomplet et la caverne toujours visible.

Cette malade est revue en 1939. Son état général est bon, mais il persiste une grande cavité droite et surtout on constate l'apparition d'un semis micronodulaire bilatéral qui est inquiétant pour l'avenir.

OBSERVATION XXXIX

Mme L... Marie-Louise.

Est enceinte de 7 mois lorsqu'elle est amenée à consulter au dispensaire Léon-Bourgeois. Une lésion du sommet gauche est alors découverte. On crée un pneumothorax un mois avant l'accouchement, qui a lieu le 9 avril 1933.

Après l'accouchement apparaît une réaction pleurale et un épanchement qui doit être ponctionné. L'expectoration est bacillifère et le restera 6 mois. Pendant 5 ans, l'épanchement doit être périodiquement ponctionné. Finalement, le pneumothorax est arrêté.

En 1944, plus de 10 ans après son accouchement, Mme L... était toujours en bon état.

(Primo-infection au cours d'une grossesse.)

OBSERVATION XL

Mme M...

N'a aucun antécédent tuberculeux.

A la fin d'octobre 1942, âgée de 19 ans, elle fait un épisode pulmonaire aigu, alors qu'elle est enceinte de deux mois. Des signes pseudo-pleurétiques étendus à tout l'hémithorax gauche sont perçus à l'auscultation, tandis que la radiologie décèle une opacité peu dense, sans refoulement d'organes, laissant nettement voir les ombres des côtes, mais diffuse et homogène, couvrant uniformément tout l'hémithorax gauche. Une ponction exploratrice retire, après

une tentative infructueuse, quelques gouttes de liquide séro-fibrineux. Il semble donc s'agir d'un processus spléno-pneumonique. Les crachats ne renferment pas de bacilles.

L'ombre constatée régresse rapidement, l'état général est bon et, au 8^e mois, l'image thoracique est redevenue sensiblement normale en dehors d'une légère opacité du cul-de-sac gauche. L'accouchement, normal, a lieu en mai 1943. L'enfant reçoit du B.C.G. par scarification.

En mars, peu avant l'accouchement, plusieurs examens de crachats ont fait trouver des bacilles. Depuis l'accouchement, Mme M... va très bien et sa radiographie est tout à fait normale.

OBSERVATION XLI

Mme T..., âgée de 21 ans.

A été prise, en décembre 1941, au cours du 7^e mois de sa première grossesse, d'un point de côté avec fièvre atteignant 39° qui se prolonge pendant une dizaine de jours. Une ponction pleurale retire un liquide séro-fibrineux. A la radiographie, épanchement pleural avec ombre importante. Mais la matité ne tourne pas en avant, on entend des craquements fins sur toute la surface mate et obscure. On pense à une spléno-pneumonie.

La régression est très rapide puisqu'à la fin de janvier on n'observe plus que des séquelles radiologiques très discrètes. L'accouchement a lieu le 6 mars 1942.

Un an plus tard, Mme T... est revue, au début d'une deuxième grossesse. A la radio, son image est pratiquement normale, à part un léger émoussement du sinus gauche.

Cette deuxième grossesse a été menée à bien et n'a été suivie d'aucun incident.

(Tuberculose aiguë granulique avec tuberculose génitale latente.)

OBSERVATION XLII

Mme L...

Est vue au 8^e mois d'une grossesse pénible le 7 septembre 1940.

Au mois de juin, elle a présenté un épisode aigu fébrile qui a duré 15 jours. Vers le 15 août, la voix se voile. Elle entre alors à l'hôpital où l'on découvre une tuberculose du lobe supérieur gauche largement excavée avec présence de bacilles de Koch dans les expectorations. L'unilatéralité, d'ailleurs relative, des lésions, incite à pratiquer un pneumothorax artificiel avant l'accouchement. Le collapsus met en évidence deux cavernes bridées par des adhérences; un peu de liquide apparaît bientôt dans la plèvre.

L'autre poumon subit une évolution et l'on voit maintenant une petite caverne à son sommet.

Cependant, l'état de la malade change peu jusqu'à l'accouchement, qui survient le 10 octobre. La température est presque normale.

Dès le soir de l'accouchement, la température s'élève à 39° et, après quelques grandes oscillations, se maintient pendant une douzaine de jours entre 39° et 40°. Le 19 octobre, une radiographie thoracique ne décèle aucune modification importante de l'état pulmonaire. Un examen gynécologique montre un cul-de-sac gauche empâté et douloureux.

Vers le 21 octobre, surviennent des vomissements abondants, le ventre est ballonné et douloureux. La malade a un faciès péritonéal. Elle meurt le 3 novembre.

A l'autopsie : poumon gauche collabé, deux cavernes du lobe supérieur, poumon droit très congestif. Dans la région sus-scissurale du lobe supérieur, un semis de granulations en voie de confluence. Dans la région apicale, quelques amas de tubercules miliaires.

Le péritoine présente l'apparence d'une péritonite sub-aiguë avec fausses membranes. La séreuse est criblée de granulations miliaires.

La trompe gauche a la dimension d'une grosse prune et est caséeuse en masse.

Tuberculose pulmonaire apparue au cours d'une grossesse prenant une marche aiguë granulique après l'accouchement. Evidence d'une tuberculose génitale latente.

Nous en rapprocherons deux autres observations, déjà publiées, de formes granuliques éclatant dans les premiers jours du post-partum et où l'autopsie a fait découvrir des lésions tuberculeuses bilatérales des trompes, sans histoire clinique.

D. — LA TUBERCULOSE APPARAÎT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Nous n'avons pu relever que trois observations de tuberculoses apparues après l'accouchement. Cependant, on en trouvera d'autres dans la dernière catégorie des cas complexes. Ce cadre est d'ailleurs assez élastique puisqu'on ne précise pas de limite du temps. Au bout de combien de temps, en effet, après l'accouchement, cessera-t-on de rapporter une tuberculose à celui-ci ?

Dans nos trois cas, la tuberculose est apparue quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement. Il semble qu'au delà de six mois, surtout si la femme n'a pas allaité, on puisse mettre en doute le lien entre une tuberculose commençante et l'accouchement.

C'est dans ces cas de tuberculose post-partum que l'influence de l'allaitement peut jouer un rôle qui est peut-être plus important que celui de la grossesse. Mais nous ne possédons pas d'observation démonstrative à ce sujet.

A part les formes granuliques, dont nous avons parlé plus haut, dont nous avons discuté l'étiologie et qui paraissent assez spéciales au post-partum, on peut observer aussi bien ici des tuberculoses ulcéro-caséieuses évoluant lentement et souvent justiciables du pneumothorax.

OBSERVATION XLIII

Mme S... Marcelle, sans profession, 27 ans.

Présentait une image radiologique normale à la fin de sa grossesse en septembre 1940. C'est quelques semaines après l'accouche-

ment qu'apparaît la tuberculose sous forme d'une grosse densification lobaire supérieure droite. Un pneumothorax, d'ailleurs peu efficace, est créé le 21 octobre, bientôt compliqué d'une réaction liquidienne. En 1942, survient une grave poussée évolutive, avec fièvre élevée, dyspnée, expectoration abondante. De multiples cavités se voient maintenant aux rayons X. La mort survient en septembre 1942.

OBSERVATION XLIV

Mme G... Odette, 25 ans.

A déjà un enfant de 3 ans; accouche le 1^{er} mars 1939 d'un deuxième enfant pesant 3.300 gr. Quelques jours après, elle tousse et a de la fièvre. La radiographie montre une tuberculose pulmonaire unilatérale gauche, qui justifie la création d'un pneumothorax le 2 avril. Le collapsus est complété le 8 juin par une section d'adhérences; on remarque alors une cavité creusant le sommet gauche. Le 11 juillet, la malade part en sanatorium. Son état est satisfaisant, bien que les derniers clichés aient montré la présence d'une petite infiltration périhilaire droite.

OBSERVATION XLV

Mme R... Madeleine, 27 ans, sténo-dactylo.

A la suite d'un accouchement laborieux (siège décomplété) survenu en mars 1938, Mme R... a, pendant un mois et demi, une température élevée, atteignant 40° et l'on pense à une fièvre puerpérale. Cependant, elle se met à tousser et la radiographie révèle une infiltration du poumon gauche, dans la région para-hilaire, à type de primo-infection.

Après s'être reposée à la campagne pendant près d'un an, Mme R... revient consulter à l'hôpital, elle a maigri et est fatiguée, les examens de crachats sont positifs; néanmoins, l'ombre hilare a régressé. Elle séjourne en sanatorium de mai à septembre 1939, puis passe l'année 1940 sans incidents, n'ayant plus de bacilles dans ses

crachats et ne présentant à la radiographie que quelques discrètes marbrures bilatérales.

C'est en janvier 1941 qu'apparaissent progressivement des troubles intestinaux, que les examens permettent de rattacher à une tuberculose iléo-cœcale. Dès lors, c'est la localisation intestinale qui domine la scène et, bien qu'on assiste à l'apparition de deux petites excavations droite et gauche sous-claviculaire, c'est elle qui est responsable de l'aggravation et de la terminaison fatale qui survient le 27 février 1942.

E. — CAS COMPLEXES.

Nous groupons sous ce titre tous les cas qui ne peuvent rentrer dans les chapitres précédents ou plutôt ceux qui appartiennent à la fois à plusieurs d'entre eux.

Il s'agit de ces multipares tuberculeuses, assez nombreuses, où l'histoire des grossesses successives s'intrique étroitement avec celle de la maladie, l'une retentissant sur l'autre. Par exemple, la tuberculose est apparue après une grossesse (ce qui nous ramène à la catégorie D) puis la malade a été de nouveau enceinte (catégorie A) et sa tuberculose s'est alors aggravée parfois.

Cette éventualité est assez fréquente dans la clientèle hospitalière puisque nous avons pu en réunir 12 cas.

La première de ces observations est intéressante car elle nous montre une femme qui, après 3 grossesses, fait une tuberculose assez discrète, mais qui s'aggrave après une quatrième grossesse et qui est suffisamment améliorée par le pneumothorax pour permettre une nouvelle maternité, sans dommage pour la mère. L'observation suivante rapporte un cas analogue.

Par contre, dans un nombre important de cas, la survenue d'une nouvelle grossesse paraît avoir aggravé la

tuberculose apparue après une première et avoir entraîné une évolution plus ou moins rapidement mortelle.

OBSERVATION XLVI

Mme C... Madeleine.

A eu plusieurs grossesses. La première en 1928, à l'âge de 21 ans, se termine par une fausse-couche suivie de salpingite et c'est près de 10 ans plus tard, en 1937, qu'elle redevient enceinte et accouche prématurément à 6 mois et demi d'un enfant qui meurt deux mois après.

L'année suivante, en 1938, nouvelle grossesse qui se termine aussi par un accouchement prématuré à 7 mois. L'enfant, un garçon, ne survit que 3 mois.

C'est deux mois plus tard, en juin 1938, qu'apparaît une grande fatigue et que l'examen radioscopique fait découvrir une obscurité du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche, centrée peut-être d'une excavation. La bacilloscopie est positive dans les crachats. La malade séjourne à l'hôpital jusqu'en septembre 1938, sans qu'ait été pratiqué de collapsothérapie.

A sa sortie, on note des calcifications apicales gauches avec pinceau intercléido-hilaire.

Elle redevient de nouveau enceinte, et en mars 1939, accouche prématurément à 8 mois d'une fille, qui, cette fois encore, meurt 5 mois plus tard. Trois mois après, on assiste à une aggravation et à une extension des lésions jusque là assez discrètes et, en juin 1939, on crée un pneumothorax gauche qui donne un bon décollement. L'état général s'améliore rapidement et se maintient tandis que le pneumothorax est entretenu régulièrement.

Mme C... vient se faire examiner 4 ans plus tard, le 13 avril 1943, au 6^e mois d'une cinquième gestation. On la trouve en excellent état clinique et radiologique. Elle ne crache plus de bacilles de Koch. Elle accouche le 23 juin d'un enfant bien portant, né cette fois à terme et pesant 3.280 gr.

Après cet accouchement, nous n'observons pas d'incident sé-

rieux ; on note seulement une petite réaction liquidienne de la plèvre gauche. Ce qui n'empêche pas Mme C... de travailler pendant le reste de l'année dans un sanatorium puis dans une usine.

Elle est revue en avril-mai 1944, se sentant fatiguée, mais son état général n'est pas mauvais et un nouveau cliché ne montre aucune image pathologique nouvelle.

OBSERVATION XLVII

Mme Fr... Pauline, sans profession, 33 ans.

A mis au monde, en août 1940, son premier enfant, une petite fille qu'elle a allaitée 6 mois puis, en février 1942, elle a accouché d'un garçon auquel elle n'a donné le sein que 6 semaines.

C'est au mois de septembre suivant que Mme Fr... se plaint de fatigue et d'un point de côté axillaire gauche, accompagné d'une légère élévation thermique. La radiographie montre quelques taches au sommet gauche. Cependant, l'état reste stationnaire, mais la malade n'observe guère le repos qui lui conviendrait ; en février 1943, une nouvelle radiographie montre une évolution des lésions telle qu'à l'hôpital Boucicaut, on crée un pneumothorax gauche le 15 mars. En outre, Mme Fr... est maintenant enceinte de 6 mois.

Les résultats de la collapsothérapie sont bons et Mme Fr... peut rentrer chez elle le 12 avril, très améliorée. Mais, dès le mois de mai, des bacilles de Koch réapparaissent dans les crachats et une image cavitaire se précise à gauche.

L'accouchement a lieu en août 1943 sans incident. Au mois d'octobre suivant, on pratique une pleuroscopie à gauche pour libérer quelques adhérences et, bientôt, Mme Fr... part en sanatorium en bon état.

OBSERVATION XLVIII

Mme B... Albertine, 31 ans, marchande de fleurs.

Est envoyée par la Maternité, étant enceinte de 5 mois ; à la fin de décembre 1936. A la radiographie, on note quelques tractus

opaques entre le hile et la clavicule à gauche, des marbrures discrètes au sommet droit. Le 13 janvier, la recherche de bacilles de Koch est positive, mais d'autres examens, plusieurs fois répétés, avec homogénéisation, ne confirment pas ce résultat.

L'accouchement a lieu le 8 mai 1937. L'enfant pèse 3.140 gr. : il meurt à 3 semaines, de gastro-entérite.

Il n'y a pas d'aggravation après l'accouchement ; on assiste même à une régression des images anormales.

Mais Mme B... redevient enceinte et accouche d'un deuxième enfant en août 1939. Elle tient à l'allaiter ; quelques mois plus tard son état décline et apparaît une laryngite dont la nature bacillaire est vérifiée par le spécialiste. L'état pulmonaire s'aggrave en même temps, ainsi qu'en témoignent les clichés successifs montrant l'extension dans les deux champs pulmonaires d'opacités à type nodulaire. Après quelques mois, la mort survient en 1941.

Ainsi, il s'agit d'une tuberculose apparue au cours d'une première grossesse et paraissant bénigne mais prenant rapidement une allure grave avec laryngite, à la suite d'un second accouchement suivi d'allaitement.

OBSERVATION XLIX

Mme P... Henriette, 24 ans, sans profession.

A deux grossesses successives en 1935 et 1936. En juin 1936, deux mois après son deuxième accouchement, elle tombe malade. On découvre des marbrures au sommet gauche et on crée un pneumothorax, puis la malade est envoyée en cure sanatoriale, mais revient sur sa demande, au bout de 3 mois seulement. En mai 1937, elle devient enceinte de nouveau et accouche en janvier 1938.

En mai 1938, Mme P... revient dans le service, se plaignant d'un point de côté droit. La radiographie montre une grosse ombre triangulaire du lobe supérieur droit à sommet hilair, dont la limite inférieure est marquée par la scissure. On note la présence de bacilles à l'homogénéisation. De plus, dès avril, notre malade a présenté les signes d'une nouvelle grossesse, la quatrième en 4 ans.

En novembre, on crée un pneumothorax droit qui n'a guère d'efficacité, en raison d'importantes adhérences pleurales.

Le 24 janvier, Mme P... accouche d'un enfant pesant 2.750 gr., mais l'évolution se précipite et la mort survient au mois de mars 1939.

OBSERVATION L

Mme N... Jeanne.

A porté un pneumothorax de 1930 à 1936 pour une caverne du poumon gauche apparue après son premier accouchement en juin 1930.

Elle est de nouveau enceinte en octobre 1938; elle se sent fatiguée et maigrit surtout après son accouchement, qui a lieu en juin 1939. En novembre, l'analyse des crachats montre la présence de bacilles de Koch et la radiographie porte à droite une image arrondie rétro-claviculaire de la dimension d'une noix.

Au début de 1940, l'état est meilleur, l'image droite s'atténue mais, sur le cliché du 20 août, elle réapparaît sous forme d'une petite caverne très nette. Cette cavité, suivie avec attention par des clichés successifs, paraît tantôt très nette, tantôt à peine visible. Mais en mars 1941, on note l'apparition d'une petite caverne hilare droite.

Mme N... est partie au sanatorium d'Angicourt. Nous avons appris qu'elle y était morte le 7 mars 1944.

En somme, il s'agit d'une tuberculose apparue après un premier accouchement et dont l'évolution, longtemps stabilisée, s'est aggravée pendant et après une deuxième gestation, mais n'ayant amenée une issue fatale que près de 5 ans plus tard.

OBSERVATION LI

Mme R... Madeleine, découpeuse.

Mariée en 1935, n'avait que 18 ans lors de son premier accouchement en mai 1936. Quelques mois plus tard, au début de novem-

bre, elle tousse et crache, maigrit et perd l'appétit. La radiographie met en évidence une lobite supérieure droite avec des images finement nodulaires disséminées dans le reste du champ pulmonaire droit. Au début de janvier 1937, elle fait de petites hémoptysies; un pneumothorax droit est alors créé. Il est suivi de crachements de sang plus abondants pendant quelques jours. Elle reste environ 3 mois à l'hôpital.

A la fin de mars, une radiographie montre à droite un pneumothorax avec un décollement complet et, sous la clavicule, une image cavitare très nette dans le moignon pulmonaire. Le côté gauche apparaît sain. Après avoir quitté l'hôpital, Mme R... va en sanatorium et y reste près d'un an. Elle en revient très améliorée et recommence à travailler tout en faisant insuffler son pneumothorax régulièrement.

En août 1938, apparaît un gros épanchement pleural droit qui la fait revenir dans le service; elle y séjourne, d'abord fébrile pendant le mois de septembre, puis apyrétique. Le liquide, où l'on n'a jamais trouvé de bacilles, diminue peu à peu et, dès novembre, on n'en aperçoit guère à la radio. Nouveau départ en sanatorium pendant 4 mois et après s'être de nouveau remise à travailler, Mme R... revient en janvier 1941, enceinte de 4 mois et demi, parce qu'elle tousse. La grossesse se poursuit jusqu'au terme et elle met au monde, le 16 juin 1941, une fille qui pèse 3.000 gr.

OBSERVATION LII

M. D... Emilienne, 22 ans.

A déjà deux enfants de 3 ans et 1 an, lorsqu'elle est de nouveau enceinte en septembre 1936. Depuis son dernier accouchement, en octobre 1935, elle a maigri et se sent fatiguée. Ces symptômes augmentent à partir du mois de mai; elle crache le matin. Cependant, vue au dispensaire, on ne lui trouve rien à la radioscopie.

En octobre, elle vient consulter à l'hôpital. Le cliché ne met en évidence que quelques marbrures discrètes rétro-claviculaires à droite. L'examen des crachats est négatif.

Le 18 décembre, devant la persistance de l'image du sommet droit, où un contour cavitairé de petite dimension peut être suspecté et malgré l'absence de bacilles, un pneumothorax est décidé. Le collapsus est imparfait, en raison d'adhérences apicales.

L'état général n'est pas mauvais et Mme D... part en sanatorium le 12 janvier. Elle revient à l'hôpital pour accoucher, en juin 1937. Tout se passe bien et, après l'accouchement, l'état général est excellent.

Mme D... a été revue plusieurs fois jusqu'en 1940. Elle va bien, son pneumothorax est toujours entretenu. Les lésions apicales droites paraissent cicatrisées.

OBSERVATION LIII

Mme B... Simone, 22 ans.

Est tombée malade en 1934, peu après un accouchement prématuré au 7^e mois.

Après un séjour de 3 mois en sanatorium en 1935, Mme B... a été opérée d'appendicite compliquée de péritonite et, depuis, elle est fatiguée et toussé. C'est en mars 1936 qu'elle vient se faire examiner au centre de triage où un examen radioscopique montre une lobite supérieure droite et des lésions disséminées à gauche. L'expectoration est riche en bacilles de Koch.

Au mois de juin, la malade part en sanatorium où, bientôt, elle s'aperçoit qu'elle est enceinte. Dès le début, la grossesse est mal supportée. Les signes sympathiques sont accentués : vomissements très fréquents.

En octobre, Mme B... quitte le sanatorium et revient à l'hôpital. On trouve maintenant une excavation du lobe supérieur droit, une caverne sous-claviculaire gauche et des images broncho-pneumoniques diffuses.

L'état général est très atteint, la fièvre élevée, l'amaigrissement rapide. Le 14 novembre, avortement spontané à 4 mois et demi. La malade meurt cinq jours plus tard.

OBSERVATION LIV

Mme M... Jeanne, 36 ans.

A déjà un enfant de 11 ans et deux jumeaux d'un an, lorsqu'elle tombe malade en 1937.

Elle présente alors une cavité irrégulière sous-claviculaire gauche avec un aspect micro-nodulaire assez diffus du reste du poumon gauche, tandis qu'à droite existe un petit foyer de condensation apicale. Un pneumothorax est créé à gauche le 18 août 1937.

En avril 1938, débute une troisième grossesse. L'accouchement, d'ailleurs difficile, a lieu le 15 janvier 1939 : fille pesant 3.500 gr.

Après l'accouchement, l'état est satisfaisant. Plus de bacilles dans les crachats.

OBSERVATION LV

Mme V... Joséphine.

A mis au monde son premier enfant en janvier 1931, à l'âge de 20 ans. L'accouchement a été normal, l'enfant bien portant.

Deux mois après, elle a un jour quelques crachats hémoptoïques et est envoyée en préventorium pour 6 mois. On n'a jamais trouvé de bacilles dans ses crachats.

Mme V... a un deuxième enfant le 15 août 1935, un troisième le 4 septembre 1938. Pendant cette dernière grossesse, elle a eu une hémoptysie.

La malade est de nouveau enceinte en avril 1940. Au 6^e mois de cette quatrième grossesse, elle a une hémoptysie prolongée. La radiographie montre des taches et des marbrures des deux sommets avec présomption d'image cavitaire sous-claviculaire gauche. Des bacilles sont trouvés dans le liquide de tubage gastrique.

Malgré tout, l'accouchement survient le 2 février 1941. Il n'y a pas d'évolution immédiate, mais la série des radiographies de 1943 et de 1944 montre une augmentation progressive de la densité et de l'étendue des ombres apicales bilatérales, avec plusieurs

cavités rétro-claviculaires à droite. En juillet 1944, l'état général est très médiocre et l'amaigrissement accentué.

OBSERVATION LVI

Mme B... Gilberte, vendeuse.

A eu son premier enfant en décembre 1941, à l'âge de 23 ans. Elle a accouché avant terme, à 7 mois et demi et l'enfant n'a pas vécu.

Six mois plus tard, elle se sent fatiguée, maigrit, toussé et crache; une radiographie fait découvrir une lésion cavitaire du sommet gauche. L'analyse des crachats révèle la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax paraît indiqué et est proposé à la malade, qui le refuse.

Au début de 1943, Mme B... devient enceinte et, au 3^e mois de la gestation, elle se laisse convaincre de l'utilité de la collapsothérapie. Le pneumothorax est créé le 24 mars. Il donne un décollement satisfaisant mais, bientôt, survient une réaction liquidienne assez abondante pour nécessiter l'évacuation.

L'accouchement a lieu en septembre 1943, par application de forceps avec anesthésie au chlorure d'éthyle. Il n'y a pas d'évolution après l'accouchement et Mme B... part en sanatorium.

Elle revient à l'hôpital en mars 1944 et, bientôt, on découvre, de son côté droit, une tache suspecte qui prend bientôt l'aspect d'une petite cavité. Un pneumothorax est créé le 15 juin 1944, donnant lieu au début à des troubles dyspnéiques, qui finissent par se stabiliser. Le pneumothorax gauche n'est plus réinsufflé que de loin en loin, mais n'est pas abandonné.

En août 1944, l'état de la malade est à peu près satisfaisant.

En somme, il s'agit d'une tuberculose primitivement unilatérale, apparue 6 mois après un accouchement et qui, 6 mois après un deuxième accouchement, a pris une extension bilatérale.

Nous terminerons cette étude par l'exposé d'une obser-

vation particulièrement curieuse, que nous avons mis à part en raison de son caractère exceptionnel.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, Mme B..., qui, de 1932 à 1936, a eu 5 grossesses successives, soit une par an; les trois premières ont été jusqu'à terme, mais l'un des enfants est mort de méningite tuberculeuse; les deux dernières se sont terminées par avortement.

C'est alors que Mme B... a une hémoptysie et est soignée à l'hôpital Beaujon où l'on trouve une lésion gauche excavée avec présence de bacilles de Koch dans les crachats. On conseille un pneumothorax, mais la malade refuse et quitte l'hôpital.

Quelque temps plus tard, elle perd son mari de tuberculose, puis se remarie (son deuxième mari est également tuberculeux !). Dès lors, elle reprend la série de ses grossesses annuelles, en 1938, 1939, 1940, puis 1942 et 1943. Sur ces 5 nouveaux enfants, tous nés à terme, elle en perd deux de méningite. Cela ne la décourage pas, puisqu'au début de 1944, nous la voyons de nouveau enceinte de 5 mois.

C'est sa 11^e grossesse (en 12 ans !). Qu'est donc devenue sa tuberculose ? A sa dernière radiographie, on ne voit plus qu'une petite tache peu dense au sommet gauche et quelques nodules apicaux disséminés. L'état général est bon.

Certes, nous ne prétendons pas que c'est là monnaie courante et qu'il faille recommander aux tuberculeuses de pareilles prouesses. Il faut néanmoins reconnaître qu'il est des cas où l'influence pernicieuse de la gestation n'est pas vérifiée.

ELEMENTS DE PRONOSTIC

Maintenant que nous avons passé en revue les différentes éventualités qui peuvent se présenter, la question qui se pose est de savoir, en présence d'un cas donné, si le pronostic peut être porté et sur quels éléments.

Il est certes bien difficile, ici, comme toujours en matière de tuberculose pulmonaire, d'apprécier avec exactitude l'avenir un peu lointain de ces malades. Il n'en reste pas moins cependant qu'un certain nombre d'éléments peuvent aider dans une certaine mesure à cette appréciation.

C'est d'abord la place de la grossesse dans la tuberculose. Les formes où la tuberculose survient au début ou au cours de la grossesse nous paraissent en moyenne d'un pronostic bien plus sombre que celles où la tuberculose est antérieure à la grossesse. Dans ce dernier cas, le pronostic paraît meilleur chez les tuberculeuses anciennes, que chez celles qui sont plus récentes.

Le pronostic dépend beaucoup évidemment de la forme anatomique et évolutive, mais celle-ci est difficile à apprécier au début. Les tuberculoses fibreuses sont peu influencées par la grossesse; de même les formes torpides, même excavées, la supportent souvent remarquablement. Par contre, les formes évolutives risquent d'être aggravées.

Notons que parmi les tuberculoses apparaissant au cours de la grossesse, les formes à type de primo-infec-

tion, comme celles dont nous avons relaté des observations, paraissent d'un excellent pronostic.

Notons encore que l'apparition de symptômes laryngés est un signe de mauvais augure chez ces malades, mais il n'y a là, en somme, rien de particulier à la tuberculose des femmes enceintes.

Le pronostic est encore influencé par trois ordres de faits :

— La répétition des grossesses à des intervalles trop rapprochées, surtout si elles sont suivies d'allaitement, source de fatigue chez des femmes normales, et à déconseiller chez les tuberculeuses, mais nous avons vu pourtant plusieurs cas de grossesses itératives très bien tolérées.

— Les conditions sociales et morales dans lesquelles la malade poursuit sa grossesse.

La précocité du traitement collapsothérapique, lorsqu'il est indiqué, et la rapidité avec laquelle il se montre efficace, fournissent aussi un élément très important de pronostic.

Quant aux réactions biologiques : cuti-réaction à la tuberculine, réaction de Vernes à la résorcine, si elles peuvent donner quelques indications, elles sont difficiles à interpréter, surtout chez la femme enceinte.

Enfin, il faut tenir compte de la résistance individuelle à la tuberculose, très variable selon les sujets et qui fait que le pronostic porté est souvent contredit par l'évolution.

TRAITEMENT ET CONDUITE A TENIR

Parmi les multiples moyens thérapeutiques, d'efficacité et d'indications diverses dont nous disposons pour lutter contre la tuberculose associée à la grossesse, les uns sont dirigés contre la tuberculose pulmonaire, en général, les autres sont spécialement préconisés lorsque celle-ci est associée à la gravidité.

Nous allons envisager successivement les différentes méthodes et, d'abord, les moyens médicaux (et chirurgicaux) que nous pouvons opposer à la tuberculose et leurs particularités d'application chez les femmes enceintes.

La collapsothérapie et, en particulier, le pneumothorax artificiel, est sans conteste l'arme la plus efficace et qui a le plus amélioré le pronostic de la gravidité chez les tuberculeuses.

C'est RIST le premier, en France, qui dès 1914 a rapporté le premier cas de pneumothorax artificiel créé chez la femme enceinte, avec bon résultat.

Depuis, les observations se sont multipliées et la méthode est entrée dans la pratique du traitement de la tuberculose des femmes enceintes aussi bien que des autres tuberculoses pulmonaires. Tous les travaux récents sont d'accord pour reconnaître les bienfaits de cette thérapeutique.

On peut dire que la grossesse constitue, chez la femme tuberculeuse, une des indications majeures à décider ou à ne pas différer l'institution du pneumothorax lors-

que celui-ci est justifié par les lésions s'il s'agit d'une tuberculose récente; ou à prolonger l'entretien du pneumothorax ancien s'il s'agit d'une tuberculose déjà traitée par cette méthode.

En effet, l'expérience a montré que le pneumothorax n'exerçait aucune influence fâcheuse sur le cours de la gestation, ni sur l'accouchement et que, d'autre part, l'existence de la grossesse ne modifiait pas l'évolution habituelle du pneumothorax. Les complications de celui-ci : symphyse, épanchement pleural, accidents dyspnéiques ou hémoptoïques ne s'observent pas plus fréquemment chez les femmes enceintes que chez les autres (JOTTRAS).

En conséquence, l'application de la technique du pneumothorax artificiel n'a rien de bien spécial chez la femme enceinte et, dans l'ensemble, on agira ici comme dans n'importe quelle autre tuberculose présentant des lésions unilatérales ou prédominant nettement d'un côté. Mais, ici, le pneumothorax sera peut-être plus fréquemment un traitement d'urgence, à décider en quelques jours, étant donnée la rapidité d'aggravation que présentent parfois les tuberculoses des femmes enceintes.

Le rythme des réinsufflations, la quantité de gaz injecté, dépendront du collapsus plus ou moins rapide. Au début, il sera bon parfois de pousser un peu le pneumothorax pour obtenir rapidement un résultat efficace. Beaucoup d'auteurs conseillent cependant de s'en tenir aux faibles pressions. Vers la fin de la grossesse, les réinsufflations devront souvent être un peu espacées et ne comporter qu'une petite quantité de gaz, sous peine de voir apparaître de la dyspnée, la respiration étant parfois déjà rendue pénible par la montée utérine.

Un moment important dans la conduite du pneumothorax chez la femme enceinte se trouve dans les jours qui suivent l'accouchement. C'est alors que, pour éviter

une trop brutale réexpansion pulmonaire, on devra re-insuffler le pneumothorax, le lendemain, par exemple.

Dans l'ensemble, le pneumothorax doit être jugé sur son efficacité clinique plus que sur son résultat technique. Cependant si le collapsus insuffisant paraît pouvoir être complété, on n'hésitera pas chez la femme enceinte à pratiquer la section des adhérences par la méthode de Jacoboeus. Cette petite opération ne comporte pas de danger et est bien supportée. Nous en citons plusieurs cas dans nos observations.

Il est parfois utile chez la femme enceinte de recourir au pneumothorax bilatéral. Celui-ci demandera une prudence particulière mais, moyennant une surveillance attentive, il pourra être poursuivi et nous en relatons des exemples. Après l'accouchement, sans aller jusqu'au petit pneumothorax bilatéral que préconisait systématiquement SERGENT pour pallier aux effets de la décompression brusque, il sera parfois utile de créer un pneumothorax du côté opposé pour s'opposer préventivement à l'extension d'une petite lésion déjà existante.

Quant aux autres méthodes de collapsothérapie, on aura plus rarement l'occasion de les mettre en œuvre. Mais lorsqu'elles peuvent paraître indiquées, l'état puerpéral ne les contre-indique pas formellement. On a publié récemment des cas de femmes traitées par thoracoplastie et ayant mené à bien des grossesses (BLISNJANSKAYA et LASAREVITCH).

Notons enfin, tout à fait accessoirement, qu'on a préconisé à l'étranger le pneumopéritoine comme succédané du pneumothorax après l'accouchement, lorsque celui-ci était impossible, méthode qui aurait donné quelques résultats intéressants.

Si la collapsothérapie est actuellement la méthode la plus active, elle ne doit pas faire négliger la cure hygiéno-diététique, parfois la seule applicable, et qui reste dans

tous les cas le complément indispensable. Si elle non plus n'a rien de spécial dans son application aux malades qui nous intéressent, elle doit être encore plus précoce et plus stricte pour toute autre catégorie de tuberculeuses. Malheureusement, elle se heurte souvent ici à des difficultés d'ordre social et familial.

On exigera le repos absolu, s'il s'agit de tuberculoses récentes associées à la grossesse. Lorsqu'une tuberculeuse ancienne, même bien stabilisée, deviendra enceinte, il sera bon de la mettre au repos et, si possible, de la faire bénéficier pendant quelque temps de la cure sanatoriale.

L'établissement sanatorial devra répondre à certaines nécessités. En plus des conditions climatiques et matérielles ordinaires, il devra posséder une installation et un personnel aptes à secourir nos malades au point de vue obstétrical ou, tout au moins, il devra se trouver à proximité ou en relation avec un centre où ces facilités pourront se trouver.

Certains médecins, en France et à l'étranger, justement préoccupés de la difficulté que l'on éprouve chez ces malades à la fois à soigner la tuberculose dans de bonnes conditions et à s'occuper de la grossesse, ont réclamé la création d'établissements spéciaux, sortes de sanatoria-maternités où accoucheur et médecin puissent travailler de pair. Une organisation de ce genre existe d'ailleurs à Paris, à la clinique Baudelocque.

Le traitement médicamenteux proprement dit sera bien réduit comparativement. Le calcium, sous ses diverses formes, ne pourra être qu'utile puisque la décalcification gravidique s'ajoute aux besoins de la tuberculose.

Les sels d'or, préconisés par Léon BERNARD et ses élèves (Thèse KAPLER) qui en ont rapporté de bons résultats, sont aujourd'hui bien délaissés. Les accidents qu'ils peuvent provoquer font qu'il faut être très prudent chez la femme enceinte, fragile aux intoxications et sujette aux complications rénales.

Tels sont les divers éléments du traitement médical de la tuberculose chez les femmes enceintes. On voit que, surtout grâce au traitement actif que représente la colapsothérapie, ce n'est plus un vain conseil de recommander, comme le faisait PINARD, de « soigner la tuberculose et surveiller la grossesse ».

Ce mot célèbre, prononcé en réaction contre les tendances interventionnistes, nous amène à envisager maintenant quelle va être la part de l'obstétrique dans le traitement des tuberculeuses enceintes.

Certes, il était naturel, pour ceux du moins qui pensaient que la grossesse aggrave la tuberculose — et dans certains cas, cette aggravation n'est pas niable — de penser que la suppression artificielle de cette grossesse entraînerait l'amélioration de la maladie ou, tout au moins, l'arrêt de son aggravation. « *Sublata causa tollitur effectus.* »

Et nous avons vu dans notre historique qu'à certaines époques, et surtout hors de France, cette manière de voir avait prévalu à tel point que l'interruption de la grossesse était devenue la règle chez les tuberculeuses.

Mais nous avons vu aussi que cette opinion n'avait pas reçu l'approbation universelle et que, là même où elle avait été admise, une réaction s'était produite contre ses excès.

C'est, qu'en effet, le problème n'est pas aussi simple que l'équation posée plus haut pourrait le faire croire.

Quelles sont les conditions qui légitiment l'avortement thérapeutique ? Elles sont, d'après BALTHAZARD, au nombre de trois :

1° Il faut que la femme coure un danger extrême.

2° Il faut que ce danger soit sous la dépendance certaine de la grossesse en cours.

3° Il faut que le danger doive cesser après l'interruption de la grossesse.

Chez les tuberculeuses, l'intervention serait donc justifiée toutes les fois que la tuberculose semble nettement aggravée par la grossesse, à tel point que la vie s'en trouve directement menacée et à condition que cette menace puisse être levée par la suppression de la grossesse et seulement par elle.

Or, LÉON BERNARD a répondu, dès 1924, à ces questions par les trois arguments suivants :

1° La femme enceinte n'a pas plus de risques de subir une aggravation de sa tuberculose que de chances d'y échapper. De plus, c'est seulement dans les derniers mois de la gestation que ce danger devient, en général, réellement grave et, à cette époque, tout le monde s'accorde pour ne pas intervenir.

2° Le danger ne procède pas de la grossesse seule. La tuberculose, même si elle a été déclenchée par la gestation, comporte, à partir de ce moment, une menace indépendante de l'influence que la grossesse a pu exercer sur elle.

3° L'interruption de la grossesse ne supprime pas certainement le danger. L'avortement peut être, lui aussi, cause d'aggravation.

Dès 1921, RIST, pourtant très convaincu de la gravité de la grossesse chez les tuberculeuses, écrivait à propos de l'avortement thérapeutique : « Encore faudrait-il démontrer que l'interruption de la grossesse — nécessairement fatale à l'enfant — sauvera la mère... Un avortement provoqué est tout aussi vulnérant, tout aussi aggravateur de tuberculose que l'accouchement spontané ».

Citons, enfin, l'opinion de DUMAREST : « Le sacrifice de l'enfant est la seule certitude du problème. Je l'admets comme justifié si l'on me prouve qu'il sauvera la mère et seulement dans ce cas. Or, je dis que, pratiquement, cette preuve, on ne la fait pas, que dans l'immense majorité des cas, on ne sauve pas la mère. On ne la sauvera

pas parce que la question se pose toujours pour des malades graves. Sans doute la gestation a pu les aggraver, mais son interruption ne les sauvera pas. Elle ne sera efficace que pour celles qui s'en seraient passé ».

Les accoucheurs eux-mêmes, qui ont pratiqué fréquemment l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses, ont éprouvé des désillusions sur la valeur de cette thérapeutique. C'est ainsi que FOUASSIER, dans un intéressant travail relatant l'expérience poursuivie à la clinique Baudelocque, reconnaît avec beaucoup de sincérité : « ni les résultats immédiats, ni l'avenir ultérieur des malades, n'ont répondu aux espoirs qui avaient été fondés sur l'avortement lorsque l'expérience que nous avons relatée a été entreprise à la Clinique Baudelocque ».

Et le même auteur conclut ainsi le chapitre des indications : « Le domaine de l'avortement devrait se situer entre les formes trop graves qui tuent toujours et les formes peu graves qui laissent toujours survivre ». Mais entre les deux, la marge est très étroite et délicate à déterminer, si bien que l'avortement « doit être abandonné comme moyen thérapeutique habituel et réservé à quelques cas particuliers. Il n'y a pas d'indications impérieuses, mais seulement relatives ».

BRINDEAU précise ainsi les cas où il ne faut pas intervenir :

- les cas très graves qu'on ne peut espérer voir guérir;
- les tuberculoses aiguës;
- les formes chroniques fibreuses stabilisées;
- les vieilles tuberculoses cavitaires qui restent stationnaires depuis longtemps;
- les malades qui ont été soignées et améliorées avant la grossesse par une collapsothérapie bien surveillée;
- enfin, les grossesses de plus de quatre mois.

Par contre, l'intervention sera à discuter dans les autres cas, en particulier :

— primipare chez laquelle une tuberculose s'est déclarée en même temps que la grossesse, surtout si le pneumothorax n'a pas agi;

— grossesse survenant chez une tuberculeuse dont les accidents ont débuté à l'occasion d'une grossesse ou d'un allaitement récents;

— tuberculose nettement aggravée.

Et BRINDEAU insiste sur la nécessité de s'entourer de toutes les précautions, d'avoir l'avis d'un médecin et d'un accoucheur, de pratiquer des examens radiologiques et bactériologiques répétés avant d'entreprendre l'avortement.

On voit donc par ce qui précède que l'avortement thérapeutique est une opération décevante dans ses résultats et qu'on devra rarement pratiquer. Dans nos observations, cette intervention n'a été effectuée que deux fois : dans l'une (obs. VIII), elle paraît avoir été inutile puisque cette malade a pu supporter ultérieurement plusieurs grossesses — dans l'autre (obs. XXII) elle n'a pas empêché l'aggravation progressive. Les rares cas où l'on aura à la mettre en œuvre seront des cas particuliers où toutes les chances devront être soigneusement pesées.

Disons maintenant un mot de sa technique, telle que l'a précisée BRINDEAU, qui s'inspire du principe d'opérer dans des conditions chirurgicales, avec rapidité et sous anesthésie locale.

« La veille, on place une tige de laminaire vers midi, puis après l'avoir retirée, on en replace une autre plus grosse ou deux moyennes vers le soir. Une demi-heure avant le curettage, on fait une piqûre de morphine ou de scopolamine-morphine.

« Il faut alors anesthésier la malade. S'il s'agit d'une primipare, on fera une anesthésie épidurale à la novo-

caïne : le périnée et le vagin deviennent souples et insensibles. Cette anesthésie est, en général, inutile chez les femmes ayant déjà eu des enfants. L'essentiel est de bloquer les ganglions nerveux péri-utérins. » On se sert d'une seringue de Pauchet, à longue aiguille fine et « après avoir attiré le col, on enfonce l'aiguille latéralement tout près du col. On pousse le liquide (novocaïne à 1 p. 200) tout en continuant à enfoncer l'aiguille (6 cm. environ). On injecte ainsi 20 cc. de liquide à droite du col, la même quantité du côté gauche et 5 cc. dans le cul-de-sac antérieur.

On attend 10 à 15 minutes et on peut commencer à évacuer l'utérus. Ce mode d'anesthésie présente sur l'anesthésie générale l'avantage de provoquer une rétraction utérine qui empêche l'hémorragie et de paralyser le col, ce qui facilite la dilatation. Celle-ci sera faite aux bougies de Hégar jusqu'à ce qu'on puisse passer le doigt. On peut alors décoller l'œuf avec l'index et par expression abdomino-vaginale l'entraîner au dehors. L'usage d'une curette-mousse (curette de Cuzzi) permet de décoller l'œuf avec plus de facilité; il est alors possible de le faire sortir avec le doigt aidé d'expression.

Si le fœtus est gros (3-4 mois), on est parfois obligé de pratiquer une ébauche de césarienne vaginale qui consiste à sectionner le col après avoir décollé la vessie. On pourra s'aider de pinces mousses qui, guidées par le doigt, entraîneront le fœtus et le placenta après les avoir morcelés. Quand la grossesse est très jeune, le curage digital est impossible, il faut alors se servir de curette mousse pour entraîner l'œuf au dehors. »

Quant à l'hystérectomie et à la stérilisation par ligature des trompes, ce sont des interventions beaucoup plus graves et dont les indications seront tout à fait exceptionnelles chez les tuberculeuses.

L'accouchement prématuré provoqué pourrait théoriquement se justifier par le désir de voir raccourcir la

période pendant laquelle la tuberculeuse est soumise à l'influence néfaste de la gestation et ce, sans sacrifier l'enfant. Mais, en fait, il faut attendre le milieu ou la fin du 8^e mois pour obtenir un enfant qui ait des chances de survie et c'est précisément l'époque où la femme supporte généralement le mieux sa grossesse. Aussi, la tuberculose pulmonaire ne peut-elle guère être comptée parmi les indications de cette méthode obstétricale.

Nous venons de passer en revue les différents éléments de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire associée à la grossesse. La conduite à tenir sera donc, dans la plupart des cas, de traiter médicalement la tuberculose, en particulier par le pneumothorax, toutes les fois que celui-ci sera indiqué et praticable et ce d'une façon précoce. On mettra la malade au repos, de préférence en cure sanatoriale, ce qui aura, entre autres avantages, celui de l'éloigner des soucis domestiques. Enfin, on surveillera la grossesse pour qu'elle évolue dans les meilleures conditions.

On suivra avec soin l'évolution pulmonaire et générale par des clichés en série que l'on comparera soigneusement, par la surveillance du poids, de la température et par des examens de crachats périodiques.

Au moment de l'accouchement, la malade sera placée dans de bonnes conditions obstétricales, si possible à l'hôpital ou en clinique, et isolée. Sauf dans les cas où l'expulsion du fœtus paraît devoir être très rapide et facile, on appliquera le forceps dès la dilatation complète pour éviter à la femme les efforts d'expulsion. Mais on donnera le minimum d'anesthésie et plutôt le chloroforme ou le mélange de Schleich que l'éther.

Après l'accouchement, la malade sera particulièrement surveillée. Si elle est porteuse d'un pneumothorax, on le réinsufflera sans tarder. On surveillera la température et on s'efforcera de distinguer si une poussée fébrile

provient d'une cause obstétricale, génitale ou mammaire, ou si elle relève de la tuberculose. L'allaitement sera pros- crit, d'une part, pour éviter à la malade une cause de fati- gue supplémentaire et non indispensable, et aussi pour mettre l'enfant à l'abri de la contagion.

L'enfant sera isolé aussitôt de sa mère. On pourra le soumettre à la vaccination par le B.C.G.

Le repos absolu sera prolongé longtemps et il y aura intérêt à renvoyer la malade en sanatorium pendant quel- ques mois au moins après l'accouchement.

La prophylaxie de la tuberculose chez les femmes en- ceintes repose sur les examens pulmonaires systémati- ques pratiqués au cours de la grossesse, au début et dans les derniers mois, avec examens radioscopiques et même radiographiques. Ces examens, qui sont d'ailleurs prati- qués dans les maternités des hôpitaux, permettent seuls le dépistage précoce de lésions encore curables.

D'autre part, il est souhaitable chez les femmes nor- males, en particulier pour celles qui sont obligées de tra- vailler, de pouvoir instituer un régime de repos tout au moins relatif dans les derniers temps de la grossesse et les semaines qui suivent, afin d'éviter d'ajouter aux fati- gues accompagnant toute grossesse un surmenage favo- rable à l'éclosion de la tuberculose. C'est là un des buts des organismes d'assistance sociale et l'on ne saurait trop faire pour préserver la santé et l'avenir de celles qui por- tent en elles l'espérance de la Société et de la Nation.

CONCLUSIONS

1. L'influence de la gestation sur la tuberculose pulmonaire ne nous paraît pas aussi fréquente, ni aussi désastreuse qu'on l'a soutenu pendant longtemps.

2. Les tuberculoses anciennes supportent souvent remarquablement la maternité et l'aggravation, quand elle se produit, n'est pas toujours facilement imputable à celle-ci.

3. Il est des cas où l'amélioration se produit, non pas sans doute grâce à la grossesse, mais en tous cas, malgré elle.

4. La survenue d'une grossesse chez une tuberculeuse n'est donc pas une catastrophe et l'on ne peut interdire aux tuberculeuses le mariage et la maternité.

5. Les formes apparaissant pendant la grossesse nous semblent être d'un pronostic plus redoutable.

6. La gestation, l'accouchement et le post-partum nous paraissent agir comme une cause banale de fatigue, capables de rendre plus fragile un organisme sain, de diminuer la résistance du terrain à une tuberculose jusque là bénigne, mais sans avoir un caractère spécifiquement malin.

7. L'avortement thérapeutique doit rester une ressource exceptionnelle.

8. Le pneumothorax, toutes les fois qu'il peut être utilisé, est l'arme la plus efficace, dont l'emploi a beaucoup amélioré le pronostic de la tuberculose pulmonaire associée à la maternité.

Vu,

Le Doyen :

BAUDOUIN.

Vu,

Le Président de Thèse :

TROISIER.

Vu et Permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

En raison de l'abondance de la bibliographie ayant trait à cette question, nous nous sommes volontairement limité aux publications parues depuis 1934. (Pour les ouvrages antérieurs à cette date, on pourra se reporter à la thèse de S. KOURILSKY.)

P. S. ACUNA. — Tuberculose et Maternité. (*Semana Med.*, 21 mars 1935, tome I, pp. 906-907.)

F. L. ADAIR et M. SPIEGEL. — Tuberculose et grossesse. (*Illinois Med. Journ.*, juillet 1933, tome LXIV, pp. 88-94.)

R. AMSLER et P. GIGON. — Avortement thérapeutique chez une tuberculeuse pulmonaire. (*Ann. de Méd. Légale*, avril 1935, t. XV, pp. 473-76.)

ANDERODIAS et G. PERY. — Tuberculose, diabète et gestation. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, nov. 1935, t. XXIV, p. 576.)

BACHELLERIE (Jean). — Contribution à l'étude de la collapsothérapie chez la femme enceinte. (*Thèse Marseille*, 1938.)

Joséphine BARNES. — Le pneumopéritoine dans la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes. (*The Lancet*, n° 6062, 4 nov. 1939, pp. 976-977.)

F. BEC. — Grossesse et tuberculose pulmonaire. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, déc. 1938.)

F. BEC et Michel BECHET. — Tuberculose et grossesse. (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, oct. 1935.)

— Tuberculose et grossesse. (*Arch. Médico-Chir. de province*, n° 6, juin 1936.)

- Et. BERNARD et J. MORIN. — Etude critique d'une tuberculose pulmonaire apparue chez une femme enceinte traitée conjointement par pneumothorax et avortement thérapeutique. (*Soc. d'études scientifiques sur la Tuberculose*, 14 mars 1936.)
- A. BIDOIRE. — Granulie des poumons chez une accouchée. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, janvier 1935, t. XXIV, 131-138.)
- BLISNJANSKAYA et LASAREVITCH. — Thoracoplastie et grossesse. (*Gyn. et Obst.*, sept. 1936.)
- F. BOE. — La grossesse dans la tuberculose pulmonaire et dans la pleurésie. Etude à la clinique gynécologique de Bergen au cours des années 1926-1933. (*Med. Rev. Bergen*, juin 1935, Tome LII, pp. 254-66.)
- BOTTINGER. — Indications de l'avortement thérapeutique dans la tuberculose. Commentaires de E. BERNARD. (*Semaine des Hôp.*, 15 décembre 1935, p. 626.)
- E. BOVIN. — Grossesse et tuberculose pulmonaire. (*Hygica*, 31 déc. 1933, t. XCV, pp. 943-64.)
- D. S. BRACHMAN. — Tuberculose et grossesse. (*Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, juin 1935, pp. 880-85.)
- BRAEUNING. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*G. Thieme*, Leipzig, 1935.)
- J. BRINCOURT. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. Considérations pratiques. (*L'Hôpital*, janvier (B) 1936, pp. 56-59.)
- A. BRINDEAU. — De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses. (*Paris-Médical*, 6 janvier 1934, t. I, pp. 11-12.)
- BRINDEAU. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Obst., tome I, fascicule 5.040 (1938.)
- BRINDEAU, KOURILSKY et S. KOURILSKY. — La tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, n° 10, 25 mars 1935, p. 478.)
- A. BRINON PASTOR. — Tuberculose et grossesse (bilatéralisation au

cours du pneumothorax artificiel), (*Arch. de Méd. cir. y espec.*, 15 déc. 1934, t. XXXVII, pp. 1.379-1.381.)

V. BUE. — Tuberculose pulmonaire et état puerpéral. (*Echo Médical du Nord*, 25 nov. 1934, t. II, pp. 863-894.)

H. E. BURKE. — Grossesse et tuberculose expérimentale chez les lapins. (*Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1940, vol. LXXI, n° 5, pp. 615-619.)

J. CARVELHO FERREIRA. — Orientation thérapeutique dans la tuberculose gravido-puerpérale. (*Revista Brasileira de tuberculose*, nov.-déc. 1936, n° 36, pp. 3 à 36.)

A. CASTELLI. — Tuberculose pulmonaire et fonction de maternité. (*Ann. di Obst. e Gynec.*, 21 avril 1933, pp. 1.123-1.286.)

CASTLEN. — Grossesse et tuberculose. (*Am. rev. of tuberc.*, sept. 1936.)

CAUSSADE. — Gestation et tuberculose. (*Revue de Méd.*, juin 1936. *Les Cahiers de la Médecine*, 15 juin 1936.)

CAUSSADE, AMSLER et LEMAITRE. — Grossesse et tuberculose pulmonaire (la part des résistances individuelles et l'avenir des gravido-tubercules). (*Gaz. des Hôp.*, 6 juillet 1938.)

André CHOITEL. — Accouchement au cours du traitement par le pneumothorax artificiel. (*Thèse Lyon*, 1939.)

COURMONT. — Pneumothorax artificiel et grossesse. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 4 avril 1933. *La Presse Médicale*, 6 mai 1933, p. 734.)

P. COURMONT. — Heureux résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel au cours de la grossesse. (*Lyon Méd.*, 30 juillet 1933, t. CLII, pp. 113-121.)

J. CROCKET. — Tuberculose pulmonaire et grossesse avec étude spéciale sur l'effet de la compression. (*Glasgow Med. Journal*, t. III, n° 4, avril 1934.)

R. DENIS et A. P. HEUDTLASS. — Rôle du dispensaire dans la pro-

- phylaxie prénatale. (*Arch. argent. de tisiol.*, 420-425, oct.-déc. 1939.)
- Robert DESBORDES. — Du traitement de la tuberculose pulmonaire de la femme enceinte. (*Thèse Montpellier*, 1938-39, n° 85.)
- DESOURBIE, STIASSNIE. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1932, Vigot, édit.
- DUMAREST. — Grossesse et tuberculose. (*Hauterille-Lompnes Médical*, mai 1935, n° 28.)
- DUMAREST et LEONARDI. — Grossesse et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Bull. Méd.*, n° 29, 18 juillet 1936, p. 487.)
- Marc. DURET. — La tuberculose pulmonaire de la femme. (*Thèse Paris*, 1941, p. 71 et pp. 106-110.)
- G. FALKENFLETH. — Y a-t-il indication à provocation de l'avortement chez les femmes tuberculeuses, eu égard au sort des enfants ? (*Nordisk Medisin Hospitalstidende*, vol. 2, 11 janvier 1941, p. 199.)
- FAUREAU, DELNATTE et FOURNIER. — Hystérectomie au cours du 8^e mois chez une tuberculeuse pulmonaire en travail. (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, juin 1934, t. XXIII, p. 417-418.)
- FISCHER. — Une femme tuberculeuse ou suspecte de tuberculose peut-elle sans danger devenir mère ? (*Le Concours Médical*, 17 février 1935.)
- C. FLOYD. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*New Engl. J. Med.*, 28 février 1935, t. CCXII, p. 379.)
- FOUASSIER. — L'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse Paris*, 1936.)
- FORSSNER. — Rapport à la conférence internationale contre la tuberculose. Lausanne, 1924. (*Revue de la Tuberculose*, 1924, p. 730.)
- FRUHINSHOLZ, HARTEMAN et LACOURT. — Généralisations tuberculeuses ante et post-partum avec syndrome de paraplégie

flasque. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, nov. 1934, t. XXIII, pp. 648-656.)

FRUHINSHOLZ. — Les granules évolutives du post-partum issues d'une tuberculose génitale préalable. (*Paris-Médical*, 15 décembre 1934, t. II, pp. 486-491.)

FRUHINSHOLZ, RICHON, CASTELAIN. — Tuberculoses génitales révélées, réveillées et diffusées par la parturition. (*Gyn. et Obst.*, 1941, tome XLI, n° 78, pp. 241-55.)

F. GASPARRI. — Modifications de la lipémie à la suite de l'interruption de la grossesse par incision utéro-ovarienne dans la tuberculose. (*Ginecologia*, avril 1935, t. I, pp. 365-379.)

GAUSSEL, FOURCADE et BENON. — Tuberculose et grossesse. Avortement thérapeutique. (*Arch. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 1935, t. XVI, pp. 653-660.)

GONFROY. — La tuberculose des femmes castrées. (*Thèse Paris*, 1941.)

GUILLEMIN et CHABEAUX. — Thoracoplastie et grossesse. (*Revue Méd. de Nancy*, janvier 1937.)

A. GULLERING. — La tuberculose pulmonaire comme indication pour un avortement provoqué. (*Hygica*, 30 avril 1933, tome XCV, pp. 315-328.)

H. HANGLEITER. — Grossesse et tuberculose. (*Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1939, 94, pp. 145-172.)

K. HANSEN. — Tuberculose et grossesse. (*Beitr. z. Klin. der Tub.*, 26 avril 1935, pp. 524-666.)

A. HANSEN. — Respiration et circulation chez les pulmonaires et poitrinaires au cours de la grossesse. (*Zeitschr. f. Gyn. und Geburtsh.*, 1935, t. CX, pp. 131-137.)

W. S. HORN. — Indications actuelles de l'avortement thérapeutique en cas de complications pulmonaires. (*Texas State J. Med.*, janvier 1936, t. XXXI, pp. 563-65.)

P. JACOB. — Granule post-partum consécutive à une tuberculose

- caséuse des trompes. (*Revue de la Tuberculose*, n° 5, mai 1938, p. 602.)
- P. JACOB et A. BAREAU. — Tuberculose aiguë du post-partum et tuberculose génitale. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, 28 mars 1941, n°s 11-12.)
- Léon JOTTRAS. — Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel et gestation. (*Thèse Montpellier*, 1934-35.)
- Tuberculose et maternité. (*Languedoc Médical*, nov. 1937.)
- V. KAPLER. — Grossesse - Tuberculose - Sels d'or. (*Thèse Paris*, 1937.)
- KERVAM. — Tuberculose et mariage. (*Thèse Paris*, 1937.)
- R. KOENIG. — Tuberculose et grossesse. (*Rev. Gynecol. and Obst.*, mars 1934, t. XXVIII, pp. 117-124.)
- F. KÜSTER. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*Deutsches Tuberk. Bl.*, déc. 1939, 13, pp. 309-317.)
- KORKE. — L'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. (*Beitr. Klin. Tub.*, 21 mars 1939, pp. 550-568.)
- S. KOURILSKY. — La tuberculose chez la femme enceinte. (*Thèse Paris*, 1934.)
- Marcel LEBOVICI. — Les formes granuleuses de la tuberculose dans le post-partum. (*Thèse Nancy*, 1934.)
- LEONARDI. — Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse Lyon*, 1935.)
- J. J. LLOYD et E. K. RICHARD. — Pression intra-pleurale dans le pneumothorax artificiel au cours de la grossesse et de l'accouchement. (*Ame. J. Med. Sc.*, janvier 1935, tome CLXXXIX, pp. 119-123.)
- LUTON, LEFÈVRE et RENARD. — Considérations sur la grossesse et la tuberculose. (*Soc. des Sc. Méd. de Clermont-Ferrand*, 28 mars 1943. *P. M.*, 21 août 1943, n° 31, p. 457.)
- V. MARZETTI. — Pour l'abolition de l'avortement dans la tuberculose

- pulmonaire. (*Clin. obstrtr.*, septembre 1934, tome XXVI, pp. 588-594.)
- HARVEY B. MATTHEWS. — Tuberculose et obstétrique. (*American Journal of Surgery*, avril 1940, pp. 23-36.)
- A. MIGLIAVACCA. — Comptes rendus cliniques sur le pneumothorax thérapeutique et la phrénicectomie dans la grossesse. (*Ann. di Obstetr. e Ginec.*, 28 février 1934, t. LXI, pp. 229-254.)
- Th. MOISESCU et Ch. VINTILA. — L'avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire. (*B. et M. Soc. Hôp. Bucarest*, janv. 1934, n° 3, p. 8.)
- Armand MOSCHOWITZ. — Tuberculose (osseuse, laryngée) et grossesse. (*Thèse Bordeaux*, 1939-40, n° 106.)
- L. OLBRECHTS, DE WINTER et E. OLBRECHTS. — Grossesse et tuberculose pulmonaire. (*Scalpel*, 9 nov. 1925, pp. 1.149-1.451.)
- G. G. ORNSTEIN et M. KOVNAI. — Influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire. (*Am. Rev. of Tuberc.*, février 1935, tome XXXI, pp. 224-232.)
- R. PAILLEZ. — Différentes manifestations tuberculeuses et état puerpéral. (*Echo Méd. du Nord*, 26 novembre 1934, tome II, pp. 907-918.)
- G. T. PALMER. — La grossesse dans la tuberculose. (*Amer. Journ. Obstetr. a. Gynec.*, août 1934, T. XXVIII, pp. 173-178.)
- L.-J. PESCHARD. — Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerpéralité. (*Thèse Paris*, 1936.)
- POLLACK et POTTER. — Pregnancy and Tuberculosis. (*Tubercle*, vol. 21, n° 4, janvier 1941, pp. 128-131.)
- PONSAN. — Maternité et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse Paris*, 1934.)
- J. J. PORTNOW. — Sur la question « Grossesse et Tuberculose ». (*Tuberkulose*, 10 juin 1934, t. XIV, p. 171.)
- Claude REVEL. — Les indications thérapeutiques chez la tuberculeuse gravide. (*Thèse Paris*, 1940.)

- L. RICKERS. — Grossesse et tuberculose. (*Med. Klin.*, 3 mai 1935, pp. 582-583.)
- RIST et JOTTRAS. — Résultats de pneumothorax thérapeutique chez les gestantes tuberculeuses. (*Bull. Acad. Médecine*, 14 mai 1935, pp. 610-615. *Echo de la Médecine*, 1^{er} août 1935.)
- ROCMANS. — A propos d'un cas de méningite tuberculeuse de la grossesse. (*Bruxelles Méd.*, 18 août 1935, t. XV, pp. 1.154-1.158.)
- S. RODRIGUEZ-BENGERUELO. — Tuberculose du larynx et grossesse. (*Siglo Med.*, 15 juin 1935, t. XCV, pp. 670-75.)
- N. ROLOFF. — Mariage et tuberculose. (*Deut. Tuberk. Bl.*, mai 1934, t. VIII, pp. 88-91.)
- A. SAKKA. — Tuberculose pulmonaire, pneumothorax thérapeutique et grossesse. (*Revue de la Tuberculose*, 1939-1940, tome V, n° 8, p. 970.)
- SCHULTZE, RHONHOF et GUMBEL. — Importance de la cuti-réaction à la tuberculine pour le problème de la grossesse et de la tuberculose. (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1933, tome CV, pp. 161-182.)
- W. F. SEELEY, R. S. SIDDALL et W. G. BALZER. — Grossesse après thoracoplastie pour tuberculose. (*Am. J. Obst. and Gynec.*, janvier 1940.)
- E. SERGENT et R. MORICARD. — Tuberculose et grossesse. (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 25 oct. 1935, t. CVI, pp. 733-741.)
- Y. G. SHRIKHANDÉ. — La question du mariage dans la tuberculose pulmonaire avec considération spéciale à la condition des Hindous. (*Indian Med. Gaz.*, août 1935, t. LXX, pp. 456-460.)
- H. STAUB et V. SCHAARE. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*Beitr. Klin. Tuberk.*, 21 juillet 1938, pp. 31-32.)
- TIMSIT. — Grossesse et pneumothorax. (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, 7 décembre 1935, t. XLIX, pp. 803-805.)

- TRILLAT et WOTTER. — Pronostic obstétrical de la tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. (*Lyon Médical*, n° 8, 23 février 1941, p. 121.)
- L. VADJA. — Action de la lactation sur des foyers pulmonaires guéris, calcifiés. (*Beitr. Klin. Tub.*, 1938, pp. 508-514.)
- WEBER. — Tuberculose active et grossesse. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, ann. 88, n° 16, 18 avril 1941, p. 463.)
- L. WHERTON et C. S. STEVENSON. — Tuberculose génitale et grossesse. (*Am. Surgery*, juin 1939.)
- S. ZORCHI. — Résultats cliniques d'une série d'extirpation d'utérus gravides et d'annexes chez les tuberculeuses. (*Boll. d. Soc. Piemont. di ostetr. e ginec.*, 1934, tome II, pp. 35-45.)
-

